

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN NORMAL PADA MULTIGRAVIDA
DI RUANG BERSALIN PUSKESMAS SIKUMANA
TANGGAL 20-24 AGUSTUS 2017**



OLEH

FRIDA Y. SINLAE

142111051

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
UNIVERSITAS CITRA BANGSA
KUPANG
2019**

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN NORMAL PADA MULTIGRAVIDA
DI RUANG BERSALIN PUSKESMAS SIKUMANA
TANGGAL 20-24 AGUSTUS 2017**

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan
Memperoleh Gelar Ahli Madya Kebidanan



OLEH

FRIDA Y. SINLAE

142111051

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
UNIVERSITAS CITRA BANGSA
KUPANG
2019**

SURAT PERNYATAAN

Yang bertandatangan di bawah ini, saya:

Nama : Frida Sinlae

NIM : 142111051

Program Studi: D III Kebidanan

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan Laporan Tugas Akhir saya yang berjudul Asuhan Kebidanan Persalinan Normal Pada Multigravida di Ruang Bersalin Puskesmas Sikumana.

Demikian surat pernyataan ini saya buat, apabila di kemudian hari saya terbukti melakukan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang ditetapkan.

Kupang, Mei 2019



Penulis

Frida Sinlae

NIM: 142111051

LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan Tugas Akhir ini dengan judul "Asuhan Kebidanan Pada Multigravida Dengan Persalinan Normal Di Puskesmas Sikumana" telah disetujui dan diajukan dalam seminar Laporan Tugas Akhir Mahasiswa atas nama: Frida Sinlae, NIM: 142111051, Program Studi D III Kebidanan Universitas Citra Bangsa Kupang.

Kupang, Mei 2019

Menyetujui,

Pembimbing



Hironima N. Fitri, S.ST., M.Keb.

NIDN: 0808028901

Mengetahui,

Ketua

Program Studi D III Kebidanan
Universitas Citra Bangsa Kupang



Meri Flora Ernestin, S.ST., M.Kes.

NIP: 8869860018

LEMBAR PENGESAHAN TIM PENGUJI

Laporan Tugas Akhir ini dengan judul "Asuhan Kebidanan Pada Multigravida Dengan Persalinan Normal Di Puskesmas Sikumana" telah disetujui dan diajukan dalam seminar Laporan Tugas Akhir Mahasiswa atas nama: Frida Sinlae, NIM: 142111051, Program Studi D III Kebidanan Universitas Citra Bangsa Kupang.

Kupang, Mei 2019

Panitia Penguji

Ketua : Dina M. S. Henukh, STr.Keb., M.H(Kes)
Anggota : 1. Aning Pattypeilohy, STr.Keb., M.H(Kes)
2. Hironima N. Fitri, S.ST., M.Keb

.....
.....
.....

Mengetahui,

Ketua

Program Studi D III Kebidanan
Universitas Citra Bangsa Kupang



Meri Flora Ernestin, S.ST., M.Kes.
NIP: 8869860018

LEMBAR PENGESAHAN

Dipertahankan di depan Tim Penguji Ujian Laporan Tugas Akhir
Program Studi D III Kebidanan Universitas Citra Bangsa
Dan diterima untuk memenuhi persyaratan guna memperoleh Gelar Ahli Madya
Kebidanan (Amd. Keb) Tanggal

Mengesahkan

Universitas Citra Bangsa

Wakil Rektor Bidang Akademik

A red square stamp with the text "UNIVERSITAS CITRA BANGSA" and a blue ink signature over it.

Wakil Rektor Bidang Akademik

Dr. Frans Salesman, SE., M.Kes.

LEMBAR BIODATA PENULIS

Nama : Frida Sinlae

Tempat Tanggal Lahir : Oebali, 21 Februari 1997

Agama : Kristen Protestan

Alamat : Jl. Advokad, Naikoten I

No. HP : 082 237 085 497

Riwayat Pendidikan :

1. Tahun 2002 - 2008 : SD Negeri Oebali
2. Tahun 2008 - 2011 : SMP Negeri 15 Kupang
3. Tahun 2011 - 2014 : SMA Negeri 1 Kupang
4. Tahun 2014-sekarang : Sedang menyelesaikan pendidikan
Diploma III Kebidanan di Universitas Citra
Bangsa Kupang.

MOTTO

“TUHAN ITU NYATA DAN DIA MASIH TERUS BEKERJA”

ABSTRAK

**Universitas Citra Bangsa Kupang
Program Studi D III Kebidanan
Laporan Tugas Akhir, Mei 2019**

Asuhan Kebidanan Persalinan Normal Pada Multigravida Di Puskesmas Sikumana

Tanggal 20 Agustus S/D 24 Agustus 2017.

Latar belakang: Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin. Persalinan dikatakan normal bila tidak ada penyulit. Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Indonesia tahun 2004-2013 menunjukkan kecenderungan peningkatan, yaitu dari 74,27 % pada tahun 2004 menjadi 90,88 % pada tahun 2013. Angka ini sudah mencapai target MDGs pada tahun 2015 sebesar 90%, namun belum tentu persalinan tersebut bertempat di fasilitas pelayanan kesehatan (Direktorat Kesehatan Ibu 2004-2013).

Tujuan: Melakukan asuhan kebidanan dengan pendekatan manajemen kebidanan 7 langkah Varney pada Ibu Bersalin Normal di Ruang Bersalin Rawat Inap Puskesmas Sikumana.

Metode penelitian: Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif yang dapat menghasilkan data deskriptif dengan pendekatan studi kasus yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran tentang Asuhan Kebidanan Pada Persalinan Normal Di Ruang Bersalin Puskesmas Sikumana.

Kesimpulan: Berdasarkan hasil asuhan yang diberikan pada ibu dengan persalinan normal, telah diterapkan asuhan kebidanan dengan menggunakan pendekatan manajemen varney yaitu pengkajian, analisa masalah dan diagnosa, antisipasi masalah potensial, tindakan segera, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Kata Kunci: Asuhan Kebidanan. Persalinan Normal

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat-Nya penulis dapat menyelesaikan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik, dimana Karya Tulis Ilmiah ini menjadi salah satu persyaratan memperoleh Gelar Ahli Madya Kebidanan. Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, tentunya saya tidak berjalan sendiri tetapi dengan dukungan berbagai pihak. Atas selesainya Karya Tulis Ilmiah ini, perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih saya kepada:

1. Dr. Jeffrey Jap, drg., M.Kes selaku Rektor Universitas Citra Bangsa Kupang, yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk belajar pada Program Studi D III Kebidanan di Universitas Citra Bangsa Kupang.
2. Ibu Meri Flora Ernestin, S. ST., M. Kes selaku ketua Program Studi D-III Kebidanan, yang telah mengijinkan penulis dalam melaksanakan kegiatan studi kasus guna menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.
3. dr.E. Evelina Corebima selaku Kepala Puskesmas Sikumana yang telah memberikan izin untuk melakukan Laporan Tugas Akhir di Puskesmas Sikumana Kupang
4. Ibu Hironima N. Fitri, S.ST., M. Keb selaku pembimbing Laporan Tugas Akhir yang telah bersedia membimbing penulis dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
5. Ny. D. R dan keluarga atas kesediaan menjadi responden dalam kegiatan studi kasus yang dilakukan oleh penulis.
6. Ps. Rosmawaty Sitepu selaku orang tua rohani yang telah mengajarkan dan membimbing penulis untuk hidup dalam Kebenaran.

7. Kak Diana, kak Ayu, kak Dalti, kak Leslye, kak Jeck, kak Teddy, kak Nuel, Anya, Alessa, mbak Lily, saudara rohani yang telah menyemangati dan member dukungan kepada penulis secara roh maupun lahiriah.
8. Kedua orang tua lahiriah serta saudara-saudari yang telah membantu dan telah memberi dukungan dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
9. Teman-teman Program Studi D-III Kebidanan angkatan VII Universitas Citra Bangsa khususnya Irma yang selalu membantu sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
10. Semua pihak yang secara langsung maupun tidak langsung yang tidak dapat disebutkan satu per satu yang telah memberikan bantuan dan dukungan.

Semoga Tuhan membalas semua budi baik semua belah pihak yang telah memberi kesempatan dan dukungan dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Penulis menyadari bahwa Laporan Tugas Akhir masih ini jauh dari sempurna, oleh karena itu dibutuhkan saran, kritikan, dan dukungan demi penyempurnaan penulisan Laporan Tugas Akhir ini. Penulis berharap bahwa Laporan Tugas Akhir ini dapat bermanfaat bagi pembaca.

Kupang, Mei 2019

Penulis

DAFTAR ISI

Judul	Halaman
Halaman Sampul Depan.....	i
Halaman Sampul Dalam.....	ii
Surat Pernyataan.....	iii
Lembar Persetujuan Pembimbing.....	iv
Lembar Pengesahan Tim Penguji.....	v
Lembar Pengesahan.....	vi
Biodata Penulis.....	vii
Moto.....	viii
Abstrak.....	ix
Kata Pengantar.....	x
Daftar Isi.....	xi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penulisan.....	4
1.4 Manfaat.....	5
1.5 Sistematika Penulisan.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Konsep Dasar Persalinan.....	6
2.2 Manajemen Kebidanan.....	82
BAB III METODELOGI PENELITIAN.....	96
3.1 Desain dan Rancangan Penelitian.....	96
3.2 Kerangka Kerja.....	97

3.3 Pengumpulan dan Analisa Data.....	97
3.4 Etika Penelitian.....	100
BAB IV TINJAUAN KASUS.....	102
4.1 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Intrapartal.....	102
BAB V PEMBAHASAN	156
BAB VI PENUTUP.....	169
6.1 Kesimpulan.....	169
6.2 Saran.....	171
DAFTAR PUSTAKA.....	172

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin. Persalinan dikatakan normal bila tidak ada penyulit (Dewi, dkk. 2012). Pertolongan persalinan adalah proses pelayanan persalinan yang dimulai pada kala I sampai dengan kala IV persalinan (Profil Kesehatan Indonesia tahun 2014).

Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, angka kematian ibu di Indonesia masih tinggi sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup, angka ini sedikit menurun jika dibandingkan dengan SDKI tahun 1991, yaitu 390 per 100.000 kelahiran hidup. Tetapi masih cukup tinggi jika dibandingkan dengan negara-negara tetangga Kawasan ASEAN. Pada tahun 2007, ketika AKI di Indonesia mencapai 228, AKI di Singapura hanya 6 per 100.000 kelahiran hidup, Brunei 33 per 100.000 kelahiran hidup, Filipina 112 per 100.000 kelahiran hidup, serta Malaysia dan Vietnam sama-sama mencapai 160 per 100.000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan Indonesia 2014). Target SDGs (*Sustainable Development Goals*) ke-5 adalah menurunkan Angka Kematian ibu (AKI) menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Mengacu dari kondisi saat ini, potensi untuk mencapai target SDGs

ke-5 untuk menurunkan AKI adalah *off track*, artinya diperlukan kerja keras dan sungguh-sungguh untuk mencapainya (Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI). Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Indonesia tahun 2004-2013 menunjukkan kecenderungan peningkatan, yaitu dari 74,27 % pada tahun 2004 menjadi 90,88 % pada tahun 2013. Angka ini sudah mencapai target MDGs pada tahun 2015 sebesar 90%, namun belum tentu persalinan tersebut bertempat di fasilitas pelayanan kesehatan (Direktorat Kesehatan Ibu 2004-2013). Berdasarkan data profil kesehatan Indonesia, secara umum cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan secara Nasional mengalami kenaikan setiap tahunnya, yaitu pada tahun 2014 sebesar 88,68%, dimana angka ini belum dapat memenuhi target Renstra Kementerian Kesehatan tahun 2014 yaitu sebesar 90%. Di Indonesia, terdapat tiga provinsi dengan cakupan tertinggi yaitu DI Yogyakarta (99,96%), Jawa Tengah (99,17%), dan Bali (97, 66%). Sedangkan tiga provinsi dengan cakupan terendah yaitu Papua Barat (44,73%), Maluku (46,90%), dan Papua (63,15%) (Data Profil Kesehatan Kemenkes RI, 2014).

Cakupan pertolongan persalinan tahun 2013 oleh tenaga kesehatan pada provinsi NTT sebesar 74,08 % (Ditjen Bina Gizi dan KIA, 2013) sedangkan, ada peningkatan pada tahun 2014 sebesar 77,94%, berdasarkan sumber Ditjen Bina Gizi dan KIA, Kemenkes RI 2015 dalam profil kesehatan 2014. Analisis kematian ibu yang dilakukan Direktorat Bina Kesehatan Ibu pada tahun 2010 membuktikan bahwa kematian ibu terkait erat dengan penolong persalinan dan tempat/ fasilitas persalinan.

Persalinan yang ditolong tenaga kesehatan terbukti berkontribusi terhadap turunnya risiko kematian ibu. Demikian pula dengan tempat/fasilitas, jika persalinan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan, juga akan semakin menekan risiko kematian ibu. Oleh karena itu, Kementerian Kesehatan tetap konsisten dalam menerapkan kebijakan bahwa seluruh persalinan harus ditolong oleh tenaga kesehatan dan didorong untuk dilakukan di fasilitas kesehatan. Untuk daerah dengan akses sulit, dikembangkan program kemitraan bidan dan dukun serta Rumah Tunggu Kelahiran (Profil Kesehatan Kemenkes RI, 2014).

Sesuai dengan data di atas, maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus pada persalinan normal dengan pendekatan manajemen kebidanan.

1.2 RUMUSAN MASALAH

Bagaimana asuhan kebidanan persalinan normal dengan pendekatan manajemen kebidanan pada ibu multigravida dengan kehamilan normal di ruangan bersalin Puskesmas Sikumana?

1.3 TUJUAN PENULISAN

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penulisan:

Melakukan asuhan kebidanan persalinan normal dengan pendekatan manajemen kebidanan pada ibu multigravida dengan kehamilan normal.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penulisan:

1. Melakukan pengkajian pada ibu inpartu dengan kehamilan normal di ruangan bersalin Puskesmas Sikumana
2. Melakukan analisa data, menentukan diagnosa masalah dan kebutuhan ibu inpartu dengan kehamilan normal di ruangan bersalin Puskesmas Sikumana
3. Mengidentifikasi masalah potensial pada ibu inpartu dengan kehamilan normal di ruangan bersalin Puskesmas Sikumana
4. Mengidentifikasi tindakan segera pada ibu inpartu dengan kehamilan normal di ruangan bersalin Puskesmas Siikumana
5. Menentukan perencanaan pada ibu inpartu dengan kehamilan normal di ruangan bersalin Puskesmas Sikumana
6. Melaksanakan perencanaan yang sesuai dengan rencana yang telah dibuat pada ibu inpartu dengan kehamilan normal di ruangan bersalin Puskesmas Sikumana
7. Untuk mengevaluasi seluruh asuhan yang telah diberikan kepada ibu inpartu dengan kehamilan normal di ruangan bersalin Puskesmas Sikumana

1.4 MANFAAT

1.4.1 Bagi Penulis

Dengan adanya Laporan Tugas Akhir ini, diharapkan agar dapat menambah pengetahuan penulis tentang asuhan kebidanan pada ibu inpartu dengan persalinan normal, serta dapat meningkatkan

keterampilan penulis dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu inpartu dengan persalinan normal.

1.4.2 Bagi Instansi Pelayanan Kesehatan

Sebagai bahan masukan agar dapat meningkatkan mutu pelayanan kebidanan pada ibu inpartu dengan persalinan normal melalui pendekatan asuhan kebidanan.

1.4.3 Bagi Institusi

Sebagai literatur kepustakaan bagi mahasiswa dan/atau peneliti selanjutnya.

1.5 SISTEMATIKA PENULISAN

BAB I PENDAHULUAN: berisi tentang (1) Latar Belakang, (2) Rumusan Masalah, (3) Tujuan Penulisan, (4) Manfaat Penulisan, (5) Sistematika Penulisan.

BAB II TINJAUAN TEORI: berisi tentang (1) Konsep Dasar Persalinan, (2) Konsep Dasar Manajemen Kebidanan, (3) Konsep Asuhan pada ibu intrapartal normal.

BAB III TINJAUAN KASUS: berisi tentang (1) Pengkajian, (2) Analisa Masalah, (3) Antisipasi Masalah Potensial, (4) Tindakan Segera, (5) Perencanaan, (6) Pelaksanaan, (7) Evaluasi.

BAB IV PEMBAHASAN: berisi tentang kesenjangan yang terjadi antara teori dengan pelaksanaan di lapangan, alternative tindakan untuk mengatasi masalah dan menilai keberhasilan.

BAB V PENUTUP: berisi tentang (1) Simpulan, (2) Saran.

DAFTAR PUSTAKA

BAB II**TINJAUAN PUSTAKA****2.1. KONSEP DASAR PERSALINAN****2.1.1. Pengertian persalinan**

Beberapa definisi persalinan:

1. Persalinan ialah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran placenta dan selaput janin dari tubuh ibu (Bagian Obstetri dan Ginekologi, 1983)
2. Partus adaah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar (Sarwono, 2002)
3. Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu dan janin (Sarwono, 2006)
4. Persalinan normal yaitu proses pengeluaran buah kehamilan cukup bulan yang mencakup pengeluaran bayi, plasenta, dan selaput ketuban, dengan presentasi kepala (posisi belakang kepala), dari rahim ibu melalui jalan lahir (baik jalan lahir lunak maupun kasar), dengan tenaga ibu sendiri (tidak ada intervensi dari luar) (Widia, 2015).

2.1.2. Tujuan Asuhan Persalinan

Tujuan asuhan persalinan normal menurut Widia (2015) yaitu mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat optimal. Dengan pendekatan-pendekatan seperti ini berarti bahwa setiap intervensi yang akan diaplikasikan dalam asuhan persalinan normal harus mempunyai alasan dan bukti ilmiah yang kuat tentang manfaat intervensi tersebut bagi kemajuan dan keberhasilan proses persalinan.

Praktik pencegahan yang akan dijelaskan pada asuhan persalinan normal menurut Widia (2015) yaitu:

1. Mencegah infeksi konsisten dan sistematis
2. Memberikan asuhan rutin dan pemantauan selama persalinan dan setelah bayi lahir, termasuk penggunaan partograf.
3. Memberikan asuhan sayang ibu secara rutin selama persalinan, persalinan dan nifas
4. Menyiapkan rujukan ibu bersalin atau bayinya
5. Menghindari tindakan-tindakan berlebihan atau berbahaya
6. Penatalaksanaan aktif kala III secara rutin
7. Mengasuh bayi baru lahir
8. Memberikan asuhan dan pemantauan ibu dan bayinya
9. Mengajarkan ibu dan keluarganya untuk mengenali secara dini bahaya yang mungkin terjadi selama masa nifas pada ibu dan bayinya

10. Mendokumentasikan semua asuhan yang telah diberikan

2.1.3. Sebab-sebab yang menimbulkan persalinan

1) Terjadinya persalinan disebabkan oleh beberapa teori menurut Widia (2015) sebagai berikut:

1. Teori penurunan hormon

Satu sampai dua minggu sebelum persalinan terjadi penurunan hormone estrogen dan progesteron. Dimana progesteron bekerja sebagai relaksasi otot polos. Sehingga aliran darah berkurang dan hal ini menyebabkan atau merangsang pengeluaran prostaglandin merangsang dilepaskannya oksitosin. Hal ini juga merangsang kontraksi uterus. Faktor struktur uterus atau rahim membesar dan menekan, menyebabkan iskemia otot-otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi otot plasenta yang berakibat degenerasi.

2. Teori penuaan plasenta

Tuanya plasenta menyebabkan menurunnya kadar estrogen dan progesteron yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah hal ini akan menimbulkan kontraksi rahim.

3. Teori distensi rahim

Rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot-otot rahim, sehingga mengganggu sirkulasi utero-plasenter

4. Teori iritasi mekanik

Di belakang servik terletak ganglion servikal (fleksus frankenhauser) bila ganglion ini di geser dan ditekan, akan timbul kontraksi uterus.

5. Induksi partus

Persalinan dapat ditimbulkan dengan jalan:

- a. Ganggang laminaria: beberapa laminaria dimasukan kedalam servikalis dengan tujuan merangsang fleksus frankenhauser
- b. Amniotomi: pemecahan ketuban
- c. Oksitosin drips: pemberian oksitosin menurut tetesan infuse
- d. Misoprostol: Cytotec/ gastru

2) Penyebab

Penyebab timbulnya persalinan sampai sekarang belum diketahui secara pasti/ jelas. Beberapa teori:

(1) Penurunan kadar progesteron

Progesteron menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaliknya estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen di dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his.

(2) Teori oxytocin

Pada akhir kehamilan kadar oxytosin bertambah. Oleh karena itu timbul kontraksi otot-otot rahim.

(3) Keregangan otot-otot

Seperti halnya dengan kandung kemih dan lambung bila dindingnya teregang oleh karena isinya bertambah, maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Demikian pula dengan rahim, maka dengan majunya kehamilan makin teregang otot-otot dan otot-otot rahim makin rentan.

2.1.4. Tahapan persalinan

1. Kala I persalinan

Pada kala I serviks membuka sampai terjadi pembukaan 10 cm, disebut juga kala pembukaan. Secara klinis partus, dimulai bila timbul his dan wanita tersebut mengeluarkan lendir yang bersemu darah (bloody show). Lendir yang bersama darah ini berasal dari lendir kanalis servikalis karena serviks mulai membuka atau mendatar. Sedangkan darahnya berasal dari pembuluh-pembuluh kapiler yang berada di sekitar kanalis servikalis itu pecah karena pergeseran-pergeseran ketika serviks membuka (Widia, 2015).

Proses membukanya serviks sebagai akibat his dibagi dalam 2 fase (Widia, 2015):

- a. Fase laten: berlangsung selama 8 jam sampai pembukaan 3 cm his masih lemah dengan frekuensi jarang, pembukaan terjadi sangat lambat.
- b. Fase aktif dibagi tiga:
 - 1) Fase akselerasi lamanya 2 jam pembukaan 3 cm tadi menjadi 4 cm.
 - 2) Fase dilatasi maksimal, dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 menjadi 9 cm.
 - 3) Fase deselerasi, pembukaan menjadi lambat sekali. Dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi 10 cm. His tiap 3-4 menit selama 45 detik. Fase-fase tersebut di atas dijumpai pada primigravida. Pada multigravida pun terjadi demikian, akan tetapi fase laten, fase aktif, dan fase deselerrasi terjadi

lebih pendek. Mekanisme membukanya serviks berbeda antara pada primigravida dan multigravida. Pada primigravida ostium uteri innternum akan membuka lebih dahulu, sehingga serviks akan mendatar dan menipis. Pada multigravida ostium uteri internum sudah sedikit terbuka. Ostium uteri internum dan eksternum serta penipisan dan pendataran serviks terjadi dalam saat yang sama.

- 4) Ketuban akan pecah dengan sendiri ketika pembukaan hampir lengkap atau telah lengkap. Tidak jarang ketuban harus dipecahkan ketika pembukaan hampir lengkap atau telah lengkap. Kala I selesai apabila pembukaan serviks uteri telah lengkap. Pada primigravida kala I berlangsung kira-kira 13 jam, sedangkan multipara kira-kira 7 jam.

2. Kala II

Kala pengeluaran. Kala atau fase yang dimuai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai dengan pengeluaran bayi. Setelah serrviks membuka lengkap janin akan segera keluar: His 2-3 x/ menit lamanya 20-90 detik. His sempurna dan efektif bila koordinasi gelombang kontraksi sehingga kontraksi simetris dengan dominasi di fundus, mempunyai amplitudo 40-60 mm air raksa berlangsung 60-90 detik dengan jangka waktu 20-4 menit dan tonus uterus saat relaksasi kurangdari 12 mm air raksa. Karena biasanya dalam hal ini kepala janin sudah masuk ke dalam panggul, maka pada his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara reflektoris menimbulkan rasa

mengedan. Juga dirasakan tekanan pada rectum dan hendak buang air besar. Kemudian perineum menonjol dan menjadi lebar dengan anus membuka. Labia mulai membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak dalam vulva pada waktu his (Widia, 2015).

3. Kala III

Kala uri (kala pengeluaran plasenta dan selaput ketuban). Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di atas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah (Widia, 2015).

4. Kala IV

Kala IV atau fase setelah plasenta dan selaput ketuban dilahirkan sampai dengan 2 jam post partum (Widia, 2015).

2.1.5. Tanda dan gejala menjelang persalinan

Tanda-tanda persalinan antara lain (Widia, 2015):

1) Penipisan pembukaan serviks

Mendekati persalinan, serviks semakin “matang”. Kalau terjadinya selama hamil, serviks masih lunak, dengan konsistensi seperti pudding dan mengalami sedikit penipisan (effacement) dan kemungkinan sedikit dilatasi.

Evaluasi kematangan serviks akan tergantung pada individu wanita dan paritasnya. Sebagai contoh, pada masa hamil serviks ibu

multigravida secara normal mengalami pembukaan 2 cm, sedangkan pada primigravida dalam kondisi normal serviks menutup (Dwi Asri,dkk. 2012).

Perubahan serviks diduga terjadi akibat peningkatan intensitas kontraksi Braxton Hicks. Serviks menjadi matang selama periode yang berbeda-beda sebelum persalinan. Kematangan serviks mengindikasikan kesiapan untuk persalinan. Saat memasuki persalinan, serviks mengalami penipisan dan pembukaan.

2) Kontraksi uterus

Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit).

3) *Blood Show*

Cairan lendir bercampur darah yang keluar melalui vagina.

Persalinan dimulai bila ibu sudah dalam inpartu (saat uterus berkontraksi menyebabkan perubahan pada serviks membuka dan menipis), berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap (Dwi Asri,dkk. 2012).

Tanda gejala menjelang persalinan (Dwi Asri,dkk. 2012) antara lain: perasaan distensi berkurang (lightening), perubahan serviks, persalinan palsu, ketuban pecah, *blood show*, lonjakan energi, gangguan pada saluran cerna.

2.1.6. Faktor yang mempengaruhi persalinan

1. Power (tenaga yang mendorong anak)

Power atau tenaga yang mendorong anak adalah:

- a) His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan

- a. His persalinan yang menyebabkan pendataran dan pembukaan serviks. Terdiri dari: his pembukaan, his pengeluaran, dan his pelepasan uri
 - b. His pendahuluan tidak berpengaruh terhadap serviks.
- b) Tenaga mengejan
 - a. Kontraksi otot-otot dinding perut
 - b. Kepala di dasar panggul merangsang mengejan
 - c. Paling efektif saat kontraksi/ his
- 2. Passage (panggul)
 - a. Bagian-bagian tulang panggul

Panggul terdiri dari empat buah tulang:

 - 1) Dua Os Coxae:
 - (a) Os Ischium:

Terdiri atas corpus tempat bersatunya ramus inferior dan superior

 - (1) Corpus ,embentuk acetabulum
 - (2) Ramus superior terletak di belakang dan bawah corpus
 - (3) Ramus inferior menjadi satu dengan ramus inferior osis pubis
 - (4) Spina isciadika memisahkan insisura isciadika mayor dengan insisura isciadika minor
 - (5) Tube isciadikum adalah bagian terbawah iscium dan merupakan tulang duduk pada manusia

(b) Os pubis

Terdiri dari corpus dan dua buah rami

(1) Corpus mempunyai permukaan medial yang kasar.

Bagian ini menjadi satu dengan bagian yang sama pada os pubis sisi yang lain sehingga membentuk symphysis pubis. Muskulus lefator ani melekat pada permukaan dalam os pubis.

(2) Crista pubis adalah tepi atas corpus

(3) Tuberculum pubicum adalah ujung lateral crista pubica

(4) Ramus superior bertemu dengan corpus osis pubis pada tuberculum pubicum dan dengan corpus osis illi pada linea illiopectinea. Ramus superior membentuk sebagian acetabulum.

(5) Ramus inferior menjadi satu dengan ramus superior osis ischii

(c) Os sacrum

(1) Berbentuk segitiga, basis di atas, apek di bawah

(2) Terdiri dari 5 oss vertebra yang tumbuh menjadi satu

(3) Diantara os coxae, melekat pada tulang tersebut melalui articulatio sacroiliaca

(4) Permukaan atas vertebra sacralis pertama bersendi dengan permukaan bawah vertebra lumbal ke-5

(5) Permukaan depan cekung, belakangnya cembung

(6) Promontorium, adalah tepi anterior superior vertebra sacralis pertama. Bagian ini sedikit menonjol kedalam

cavum pelvis, sehingga mengurangi diameter antero posterior aditus pelvis.

(d) Os illium

- (1) Spina illiaca anterior superior: tempat perlekatan ligamentum inguinale
- (2) Spina illiaca posterior superior: setinggi vertebra sacral kedua, dari luar tampak sebagai lekuk pada kulit
- (3) Crista illiaca yang memanjang dari spina illiaca anterior superior ke Spina illiaca posterior superior

2) Os coccygis

- (a) Terbentuk dari 4 buah vertebra rudimenter
- (b) Permukaan atas vertebra coccygealis pertama bersendi dengan permukaan bawah vertebra sacralis ke 5, sehingga membentuk artikulasi coccygealis
- (c) Dari atas ke bawah pada cocygis melekat otot m. coccygeus, m. levator ani dan m. spinter ani eksternus.
- (d) Tulang-tulang tersebut (os coxae, os sacrum, os cocygis) bersendi pada empat buah artikulasio
- (e) Artikulasio sacroiliaca: sendi terpenting menghubungkan sacrum dengan os illium. Sympisis pubis menghubungkan kedua os pubis. Artikulasio sacro coccygealis menghubungkan os sacrum dengan os coccygeus

b. Bagian-bagian pelvis minor

Pelvis minor, dibagi 3 bagian

1) Pintu Atas Panggul/ PAP

- a) Anterior: crista dan spina pubica
- b) Lateral: linea illiopectinea pada os coxae
- c) Posterior: tepi anterior ossis sacri dan promontorium

2) Cavum pelvis

- a) Dinding depan lurus dan dangkal os pubis panjangnya 5 cm
- b) Dinding belakang cekung dan dalam. Panjang os sacrum 10-15 cm
- c) Os ischium dan sebagian corpus ossis illi terdapat di sebelah lateral

3) Pintu Bawah Panggul/ PBP

Berbentuk jajaran genjang, batas-batasnya:

- a) Anterior: ligamentum arcuatum pubis dan artcus pubis
- b) Lateral: tuber ischiadikum dan ligamentum sacrotuberosum
- c) Posterior: ujung os sacrum

c. Bidang panggul

Bidang panggul adalah bidang datar imajiner yang melintang terhadap panggul pada tempat yang berbeda. Bidang ini digunakan untuk menjelaskan proses persalinan.

1) PAP

- (a) Diameter transversa (13,5 cm)
- (b) Konjugata obstetrica normal > 10 cm
- (c) Diameter PAP

- (1) Conjugata anatomica

Jarak antara pertengahan promontorium dan pertemuan crista pubica (permukaan atas os pubis)
11,5

- (2) Conjugata obstetrika

Jarak antara pertengahan promontorium dengan margo posterior superior symphysis pubis 11 cm

- (3) Conjugata diagonalis

Jarak antara angulus subpubikus dengan pertengahan promontorium 12,5 cm

- (4) Diameter transversa

Jarak terbesar antara linea iliopectinea kanan dan kiri
13,5 cm

- (5) Diameter oblik dekstra

Jarak antara articulatio dekstra dengan eminentia iliopectineasinistra 12,5 cm

- (6) Diameter sagitalis posterior

Jarak antara persilangan diameter anteroposterior dengan diameter transversa dengan pertengahan promontorium 4,5 cm.

2) Bidang terbesar pada cavum pelvis

Bagian terluas dan bentuknya hampir seperti lingkaran.

Batasnya adalah

- a) Anterior: titik tengah permukaan belakang os pubis
- b) Lateral: sepertiga bagian atas dan tengah foramen obturatorium
- c) Posterior: hubungan antara vertebra sacralis kedua dan ketiga

Diameter yang terpenting

- a) Diameter antero posterior

Jarak antara titik tengah permukaan belakang os pubis

12,75 cm

- b) Diameter tranversa

Jarak terbesar tepi lateral kanan-kiri bidang tersebut 12,5

cm. Bidang terkecil dari cavum pelvis. Ruang paling

sempit, paling sering terjadi macetnya persalinan.

Terbentang dari apek arcus subpubicus, melalui spina

ischiadika ke sacrum (hubungan antara vertebra sacralis

ke 4-5)

- c) Batas-batas

(a) Tepi bawah symphysis pubis

(b) Spina ischiadika

(c) Ligamentum sacrospinousum

(d) Os sacrum

- d) Diameter penting

- (a) Diameter antero posterior (tepi bawah symphysis pubis ke hubungan antara vertebra sacralis ke 4-5) 12,5 cm
 - (b) Diameter transversa: antara spina ischiadica kanan-kiri 10,5 cm
 - (c) Diameter sagitalis posterior: dari distantia interspinarum ke hubungan antara vertebra sacralis ke 4-5; 4,5- 5 cm
- 3) Bidang terkecil dari cavum pelvis
- a) Ruang paling sempit, paling sering terjadi macetnya persalinan
 - b) Terbentang dari apek arcus subpubicus, melalui spina ischiadica ke sacrum (hubungan antara vertebra sacralis ke 4-5)
 - c) Batas-batas:
 - (a) Tepi bawah symphysis pubis
 - (b) Spina ischiadica
 - (c) Ligamentum sacrospinousum
 - (d) Os sacrum
 - d) Diameter penting
 - (a) Diameter antero posterior (tepi bawah symphysis pubis ke hubungan antara vertebra sacralis ke 4-5) 12,5 cm
 - (b) Diameter transversa: antara spina ischiadica kanan-kiri 10,5 cm

- (c) Diameter sagitalis posterior: dari distantia interspinarum ke hubungan antara vertebra sacralis ke 4-5; 4,5- 5 cm.

4) Pintu Bawah Panggul

Dua buah segitiga yang mempunyai basis bersama dan merupakan bagian terbawah, yaitu distantia interspinosum

a) Batass segitiga depan

- (a) Basisnya: distantia intertuberosum
- (b) Apexnya: angulus subpubicus
- (c) Sisinya: ramus osis pubis dan tuber ischiadikum

b) Batas segitiga belakang

- (a) Basisnya: distantia interspinosum
- (b) Apexnya: articulatio sacrococygealis
- (c) Sisinya: ligamentum sacrotuberosum

c) Diameter PBP

(a) Diameter antero posterior anatomis

Dari margo inferior symphysis pubis ke ujung os coccygis
9,5 cm

(b) Diameter antero posterior obstetrik

Dari margo inferior symphysis pubis ke articulatio sacrococygealis 11,5 cm

(c) Diameter transversa

Jarak antara permukaan dalam tuber ischiadikum
kanan-kiri 11 cm

(d) Diameter sagitalis posterior

Dari pertengahan diameter transversa ke artikulasi sacro coccygealis 9 cm.

(e) Diameter sagitalis anterior

(f) Dari pertengahan diameter transversa ke angulus subpubicus 6 cm.

3. Passenger

1) Janin (kepala janin)

- a. Akhir minggu ke 8 janin mulai nampak menyerupai manusia dewasa, menjadi jelas pada akhir minggu 12.
- b. Usia 12 minggu jenis kelamin luarnya sudah dapat dikenali
- c. Quickening (terasa gerakan janin pada ibu hamil) terjadi kehamilan 16-20 minggu
- d. DJJ mulai terdengar minggu 18
- e. Panjang rata-rata janin cukup bulan 50 cm
- f. Berat rata-rata janin laki 3400 gram, perempuan 3150 gram
- g. Janin cukup bulan lingkaran kepala dan bahu hampir sama

Hal yang menentukan kemampuan untuk melewati jalan lahir dari faktor passenger adalah

- a. Presentasi janin dan bagian janin yang terletak pada bagian depan jalan lahir, seperti
 - a) Presentasi kepala (verteks, muka, dahi)
 - b) Presentasi bokong: bokong murni (Frank breech), bokong kaki (complete breech), letak lutut atau letak kaki (incomplete breech)

c) Presentasi bahu (letak lintang)

b. Sikap janin

Hubungan bagian janin (kepala) dengan bagian janin lainnya (badan), misalnya fleksi, defleksi, dll

c. Posisi janin

Hubungan bagian/ point penentu dari bagian terendah janin dengan panggul ibu, dibagi dalam 3 unsur:

- 1) Sisi panggul ibu: kiri, kanan, dan melintang
- 2) Bagian terendah janin, oksiput, sacrum, dagu, dan scapula
- 3) Bagian panggul ibu: depan, belakang

d. Bentuk/ ukuran kepala janin menentukan kemampuan kepala untuk melewati jalan lahir.

Bentuk-bentuk oval janin

- 1) Bentuk oval kepala diameter antero posterior lebih panjang
- 2) Bahu dan badan diameter transversa lebih panjang
- 3) Dua bagian oval tersebut tegak lurus satu sama lain

Kepala janin

Dari sudut pandang obstetrik kepala janin adalah yang terpenting karena merupakan bagian janin yang paling besar, keras, sering merupakan bagian terendah janin, sehingga jika kepala sudah lahir, tidak terjadi kesulitan untuk bagian lainnya

a. Atap tengkorak: cranium terdiri dari:

- 1) Os occipitale (belakang)

- 2) Os parietal (kedua sisi), 2 buah
- 3) Os temporale, 2 buah
- 4) Os frontale (depan), 2 buah
- b. Cranium terdapat pada suatu membran
- c. Waktu lahir tulang ini tipis, lunak dan hanya dihubungkan dengan membran tersebut, ruang diantaranya, saling overlapping/ merubah bentuk untuk menyesuaikan diri dengan panggul (*moulage*) bila ada tekanan.

Sutura pada tengkorak:

Sutura adalah sela-sela diantara tulang yang ditutupi oleh membran, kegunaan:

- 1) Memungkinkan terjadinya *moulage*
- 2) Dengan meraba sutura, dapat diketahui posisi kepala janin
 - a) Sutura sagitalis

Terletak diantara ossa parietale, berjalan pada arah antero posterior diantara fontanel dan membagi kepala menjadi bagian kanan dan kiri
 - b) Sutura lambdoidea

Berjalan transversal dari fontanella posterior dan memisahkan os occipitale dari kedua ossa parietal
 - c) Sutura coronalis

Berjalan transversal dari fontanella anterior dan terletak diantara os parietalis dan os fontalis

d) Sutura frontalis

Terletak diantara kedua ossa frontalis dan merupakan lanjutan kedepan sutura sagitalis, berjalan dari glabella ke bregma.

Fontanellae

Pada tempat bersilangan sutura terdapat ruang yang ditutupi membran disebut fontanella. Ada dua fontanella yaitu: fontanella anterior dan posterior:

Kegunaan fontanella:

- a) Identifikasinya membantu menentukan posisi kepala janin dalam panggul
 - b) Fontanella mayor diperiksa pada penilaian keadaan anak setelah lahir (dehidrasi, tekanan intracranial tinggi)
- a. Fontanella anterior/ ubun-ubun besar/ UUB/ Bregma
 - (1) Terletak pada pertemuan sutura sagitalis, frontalis, coronaria
 - (2) Fontanella terbesar, ukurannya $\pm 3 \times 2$ cm, berbentuk baji
 - (3) Umur 8 bulan mengalami ossifikasi
 - (4) Memungkinkan kepala moulage
 - (5) Dengan adanya fontanella anterior untuk beberapa lama setelah lahir, berperan dalam akomodasi pertumbuhan otak yang cepat
 - b. Fontanella posterior/ Ubun-ubun kecil/ UUK/ lambdaidea
 - (1) Terletak pada pertemuan antara sutura sagitalis dengan kedua sutura lambdoidales
 - (2) Menutup pada umur 6-8 minggu

Titik-titik pengenalan pada tengkorak

a. Occiput:

Daerah kepala belakang yang ditempati oleh os occipitale

b. Fontanel posterior

c. Vertex

Daerah antar 2 fontanellae. Vertex merupakan puncak tulang kepala dan disebelah lateral dibatasi oleh tuber parietalis

Bregma/ fontanel anterior

a. Sinciput (dahi): daerah yang dibatasi sebelah atas oleh bregma dan sutura coronalis dan sebelah bawah oleh glabella dan margo orbitalis

b. Glabella: bagian yang meninggi diantara margo orbitalis kanan kiri

c. Nasion: akar dari hidung

d. Tuber parietal: dua buah penonjolan, masing-masing pada satu sisi os parietale, jarak diantara keduanya merupakan diameter transversa terbesar pada kepala janin.

Diameter kepala janin

a. Diameter biparietalis: antara tuber parietal kanan-kiri (diameter transversa yang terbesar 9,5 cm)

b. Diameter bitemporalis: terletak diantara os temporalis (diameter transversa terpendek 8 cm)

c. Diameter occipitofrontalis

- d. Berjalan dari pertemuan antar permukaan bawah os occipitale dengan leher ke pusat bregma (diameter antero posterior waktu kepala masuk panggul dalam keadaan fleksi maksimal 9,5 cm)
- e. Diameter occipitofrontalis: terbentang antara protuberantia occipitalis externa dan glabella 11 cm. Diameter anteroposterior bila kepala masuk panggul dalam sikap militer/ antara fleksi dan ekstensi.
- f. Diameter vertivomentalis, berjalan dari dagu ke vertex 13,5 cm, diameter antero posterior kepala terpanjang penting pada persentasi dahi/ kepala setengah ekstensi
- g. Diameter sub mentobregmetika: berjalan dari pertemuan leher dengan rahang bawah ke pusat bregma 9,5 cm. Diameter pada persentasi muka (kepala ekstensi maksimal)

Lingkar kepala

- (1) Pada bidang occipitofrontalis lingkaran kepala 34,5 cm
- (2) Pada bidang suboccipitobregmetika 32-34 cm

Pengertian dari beberapa istilah mengenai kondisi kepala janin

a. Moulage

Kemampuan kepala janin untuk merubah bentuknya dengan demikian menyesuaikan diri dengan panggul ibu yang akan dilalui

b. Caput succadeneum

Pembengkakan kulit kepala setempat yang terbentuk dari efusi serum terlihat pada waktu lahir hilang setelah 24-36 jam

c. Cepalhematoma

Perdarahan yang terjadi di bawah periostenum satu/ lebih tulang tengkorak disebabkan oleh trauma pada tulang kepala. Timbul beberapa jam setelah lahir. Hilang dalam waktu 6-12 minggu.

Hubungan janin dan panggul

- a. Letak: hubungan antara sumbu panjang janin dengan sumbu panjang ibu
- b. Presentasi: menunjuk pada bagian janin yang ada di atas PAP.
Presentasi bokong, presentasi kepala, presentasi bahu
- c. Bagian terendah: bagian terbawah janin dan terletak paling dekat dengan serviks. Pada pemeriksaan dalam bagian yang teraba pertama kali.
- d. Sikap: hubungan antara bagian janin yang satu dengan yang lainnya. Fleksi dan ekstensi.
- e. Petunjuk: titik yang telah ditentukan pada bagian terendah janin yang digunakan untuk menyebutkan kedudukan
- f. Kedudukan: hubungan antara petunjuk dengan bagian depan, belakang, atau samping panggul ibu.

2) Plasenta

Merupakan salah satu faktor dengan memperhitungkan implantasi plasenta pada dinding rahim. Plasenta juga harus melalui jalan lahir, ia juga dianggap sebagai penumpang atau penumpang yang menyertai janin namun plasenta jarang menghambat pada persalinan normal (Widia, 2015).

3) Air ketuban

Amnion pada kehamilan aterm merupakan suatu membran yang kuat dan ulet tetapi lentur. Amnion adalah jaringan yang menentukan hampir semua kekuatan regang membran janin dengan demikian pembentukan komponen amnion yang mencegah ruptura atau robekan sangatlah penting bagi keberhasilan kehamilan. Penurunan adalah gerakan bagian presentasi melewati panggul, penurunan ini terjadi atas 3 kekuatan yaitu salah satunya adalah tekanan dari cairan amnion dan juga disaat terjadinya dilatasi serviks atau pelebaran muara dan saluran servik yang terjadi di awal persalinan dapat juga terjadi karena tekanan yang ditimbulkan oleh cairan amnion selama ketuban masih utuh (Widia, 2015).

4. Psychologic

Psychologic adalah kondisi psikis klien, tersedianya dorongan positif, persiapan persalinan, pengalaman lalu, dan strategi adaptasi/ coping.

2.1.7. Mekanisme persalinan normal

Gerakan utama kepala janin pada proses persalinan

1) Engagement

Pada minggu-minggu akhir kehamilan atau pada saat persalinan dimulai kepala masuk lewat PAP, umumnya dengan presentasi biparietal (diameter lebar yang paling panjang berkisar 8,5-9,5 cm) atau 70% pada panggul ginekoid.

Masuknya kepala:

- a. Pada primi terjadi pada bulan terakhir kehamilan

b. Pada multi terjadi pada permulaan persalinan

Kepala masuk pintu atas panggul dengan sumbu kepala janin dapat tegak lurus dengan pintu atas panggul (sinklitismus) atas miring/ membentuk sudut dengan pintu atas panggul (asinklitismus anterior/ posterior). Masuknya kepala ke dalam PAP, dengan fleksi ringan, sutura sagitalis/ SS melintang. Bila SS di tengah-tengah jalan lahir: synklitismus. Bila SS tidak di tengah-tengah jalan lahir: asynklitismus. Asynklitismus posterior: SS mendekati simfisis. Asynklitismus anterior: SS mendekati promontorium.

2) Desent

Penurunan kepala janin sangat tergantung pada arsitektur pelvis dengan hubungan ukuran kepala dan ukuran pelvis sehingga penurunan kepala berlangsung lambat. Kepala turun ke dalam rongga panggul, akibat: tekanan langsung dari his dari daerah fundus ke arah daerah bokong, tekanan dari cairan amnion, kontraksi otot dinding perut dan diafragma (mengejan), dan badan janin terjadi ekstensi dan menegang.

3) Flexion

Pada umumnya terjadi flexi penuh/ sempurna sehingga sumbu panjang kepala sejajar sumbu panggul, membantu penurunan kepala selanjutnya. Fleksi: kepala janin fleksi, dagu menempel ke toraks, posisi kepala berubah dari diameter oksipito-frontalis (puncak kepala) menjadi diameter suboksipito-bregmantikus (belakang kepala). Dengan majunya kepala, fleksi bertambah, ukuran kepala yang

melalui jalan lahir lebih kecil (diameter suboksipito bregmantika menggantikan suboksipito frontalis). Fleksi terjadi karena anak didorong maju, sebaliknya juga mendapat tahanan dari PAP, serviks, dinding panggul/ dasar panggul.

4) Internal rotation

Rotasi interna (putaran paksi dalam): selalu disertai turunnya kepala, putaran ubun-ubun kecil ke arah depan (ke bawah simfisis pubis), membawa kepala melewati distansia interspinarum dengan diameter biparietalis. Perputaran kepala (penunjuk) dari samping ke depan atau ke arah posterior (jarang) disebabkan:

- a. Ada his selaku tenaga/ gaya pemutar
- b. Ada dasar panggul beserta otot-otot dasar panggul selaku tahanan. Bila tidak terjadi putaran paksi dalam umumnya kepala tidak turn lagi dan persalinan diakhiri dengan tindakan vakum ekstraksi.

Pemutaran bagian depan anak sehingga bagian terendah memutar ke depan ke bawah simfisis

- a. Mutlak perlu terjadi, karena untuk menyesuaikan dengan bentuk jalan lahir
- b. Terjadi dengan sendirinya, selalu bersamaan dengan majunya kepala
- c. Tidak terjadi sebelum sampai Horge III
- d. Sebab-sebab putaran paksi dalam:
 - a) Pada letak fleksi, bagian belakang kepala merupakan bagian terendah

- b) Bagian terendah mencari tahanan paling sedikit, yaitu di depan atas (terdapat hiatus genitalis)
- c) Ukuran terbesar pada bidang tengah panggul, diameter anteroposterior

5) Extension

Dengan kontraksi perut yang benar dan adekuat kepala makin turun dan menyebabkan perineum distensi. Pada saat ini puncak kepala berada di simfisis dan dalam keadaan begini kontraksi perut ibu yang kuat mendorong kepala ekspulsi dan melewati introitus vaginae.

- a. Defleksi dari kepala
- b. Pada kepala bekerja 2 kekuatan, yaitu yang mendesak kepala ke bawah dan tahanan dasar panggul yang menolak ke atas, resultan keduanya kekuatan ke depan atas.
- c. Pusat pemutar: hipomoklion
- d. Ekstensi terjadi sesuatu kepala mencapai vulva, terjadi ekstensi setelah oksiput melewati bawah simfisis pubis bagian posterior.
Lahir berturut-turut: oksiput, bregma, dahi, hidung, mulut, dagu.

6) External rotation

Setelah seluruh kepala sudah lahir terjadi putaran kepala ke posisi pada saat engagement. Dengan demikian bahu depan dan belakang dilahirkan lebih dahulu dan diikuti dada, perut, bokong, dan seluruh tungkai.

- a. Setelah kepala lahir, memutar kembali ke arah punggung untuk menghilangkan torsi pada leher (putaran restitusi)

- b. Selanjutnya putaran dilanjutkan sampai belakang kepala berhadapan dengan tuber ischiadikum sepihak, putaran paksi luar sebenarnya
- c. Putaran paksi luar disebabkan ukuran bahu menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari PAP
- d. Setelah putaran paksi luar, bahu depan di bawah simfisis menjadi hipomoklion kelahiran bahu belakang
- e. Bahu depan menyusul lahir, diikuti seluruh badan anak.

7) Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar, bahu depan di bawah simfisis menjadi hipomoklion kelahiran bahu belakang, bahu depan menyusul lahir, diikuti seluruh badan anak: badan (toraks, abdomen) , dan lengan, pinggul/ trokanter depan dan belakang, tungkai dan kaki.

2.1.8. Langkah-langkah asuhan persalinan normal (APN)

A. Kala I

Tatalaksana kala I (Poedji Rochjati, 2013):

- 1) Beri dukungan dan dengarkan keluhan ibu
- 2) Jika ibu tampak gelisah/ kesakitan:
 - a. Biarkan ia bergantian posisi sesuai keinginan, tapi jika di tempat tidur sarankan untuk miring kiri
 - b. Biarkan ia berjalan atau beraktivitas ringan sesuai kesanggupannya
 - c. Anjurkan suami atau keluarga memijat punggung atau membasuh muka ibu
 - d. Ajari teknik bernapas

- 3) Jaga privasi ibu. Gunakan tirai penutup dan tidak menghadirkan orang lain tanpa seizin ibu
- 4) Izinkan ibu untuk mandi atau membasuh kemaluannya setelah buang air kecil/ besar
- 5) Jaga kondisi ruangan sejuk. Untuk mencegah kehilangan panas pada bayi baru lahir, suhu ruangan 25°C dan semua pintu serta jendela harus tertutup
- 6) Beri minum yang cukup untuk menghindari dehidrasi
- 7) Sarankan ibu berkemih sesering mungkin
- 8) Pantau parameter berikut secara rutin dengan menggunakan partograf

Tabel 2.1 Penilaian dan intervensi selama kala I

Parameter	Frekuensi pada kala I laten	Frekuensi pada kala I aktif
Tekanan darah	Tiap 4 jam	Tiap 4 jam
Suhu tiap 4 jam	Tiap 2 jam	
Nadi	Tiap 30-60 menit	Tiap 30-60 menit
Denyut janjung janin	Tiap 1 jam	Tiap 30 menit
Kontraksi tiap 1 jam	Tiap 30 menit	
Pembukaan serviks	Tiap 4 jam*	Tiap 4 jam*
Penurunan kepala	Tiap 4 jam*	Tiap 4 jam*
Warna cairan amnion	Tiap 4 jam*	Tiap 4 jam*

*Dinilai pada setiap pemeriksaan dalam

Sumber: Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar Dan Rujukan, 2013

9) Pasang infus intravena untuk pasien dengan:

- a. Kehamilan lebih dari 5
- b. Hemoglobin ≤ 9 g/dl tu hemtokrit $\leq 27\%$
- c. Riwayat gangguan perdarahan
- d. Sungsang
- e. Kehamilan ganda
- f. Hipertensi
- g. Persalinan lama

10) Isi dan letakkan partograf di samping tempat tidur atau di dekat pasien

11) Lakukan pemeriksaan kardiotokografi jika memungkinkan

12) Persipan rujukan jika terjadi komplikasi

Tabel 2.2 yang harus diperhatikan dalam persalinan kala I

Kemajuan	Tanda dan gejala	Keterangan
Persalinan	<ul style="list-style-type: none"> - Kontraksi tidak progresif teratur - Kecepatan pembukaan serviks ≤ 1 cm/jam - Serviks tidak dipenuhi bagian bawah janin 	Tatalaksana persalinan lama
Kondisi ibu	Denyut nadi meningkat Tekanan darah turun	Kemungkinan dehidrasi atau

	Terdapat aseton urin	kesakitan Nilai adakah perdarahan Curiga asupan nutrisi kurang, beri dekstrosa IV bila perlu
Kondisi bayi	Denyut jantung < 100 atau > 180/ menit Posisi selain oksiput anterior dengan fleksi sempurna	Curiga kemungkinan gawat janin

Sumber: Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar Dan Rujukan, 2013

B. Kala II, III, dan IV

Tatalaksana pada kala II, III, dan IV tergabung dalam 58 langkah APN yaitu (Poedji, Rochjati, 2013):

a. Mengenali tanda dan gejala kala dua

1) Memeriksa tanda berikut:

- (a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran
- (b) Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan / atau vaginanya
- (c) Perineum menonjol dan menipis
- (d) Vulva-vagina dan sfingter ani membuka

b. Menyiapkan pertolongan persalinan

- 2) Pastikan kelengkapan peralatan, bahan, dan obat-obatan esensial.
 - (a) Klem, gunting, benang tali pusat, penghisap lendir steril/ DTT siap dalam wadahnya
 - (b) Semua pakaian, handuk, selimut, dan kain untuk bayi dalam kondisi bersih dan hangat
 - (c) Timbangan, pita ukur, stetoskop bayi, dan termometer dalam kondisi baik dan bersih
 - (d) Patahkan ampul oksitosin 10 unit dan tempatkan spuit steril sekali pakai di dalam partus set/ wadah DTT
 - (e) Untuk resusitasi: tempat datar, rata, bersih, kering, dan hangat, 3 handuk, atau kain bersih dan kering, alat penghisap lendir, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm diatas tubuh bayi
 - (f) Persiapan bila terjadi kegawatdaruratan pada ibu: cairan kristaloid, set infus.
- 3) Kenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih, sepatu tertutup kedap air, tutup kepala, masker, dan kacamata
- 4) Lepas semua perhiasan pada lengan dan tangan lalu cuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih kemudian keringkan dengan handuk atau tisu bersih

- 5) Pakai sarung tangan steril/ DTT untuk pemeriksaan dalam
 - 6) Ambil spuit dengan tangan yang bersarung tangan, isi dengan oksitosin 10 unit dan letakkan kembali spuit tersebut di partus set/ wadah DTT atau steril tanpa mengontaminasi spuit
- c. Memastikan pembukaan lengkap dan keadaan janin baik
- 7) Bersihkan vulva dan perineum, dari depan ke belakang dengan kpas atau kasa yang dibasahi air DTT
 - 8) Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Lakukan amniotomi bila selaput ketuban belum pecah, dengan syarat: kepala sudah masuk ke dalam panggul dan tali pusat tidak teraba
 - 9) Dekontaminasi sarung tangan dengan mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan clorin 0,5%, kemudian lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam alam larutan clorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelahnya.
 - 10) Periksa denyut jantung janin (DJJ) segera setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 x/ menit). Ambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
- d. Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses bimbingan meneran
- 11) Beritahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik

- 12) Minta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran
 - (a) Bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan dia merasa nyaman
 - (b) Anjurkan ibu untuk cukup minum
 - 13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran
 - (a) Perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai
 - (b) Nilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai
 - 14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit
- e. Mempersiapkan pertolongan kelahiran bayi
- 15) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi
 - 16) Letakkan kain bersih yang dilipat $\frac{1}{3}$ bagian di bawah bokong ibu
 - 17) Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan
 - 18) Pakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan
- f. Membantun lahirnya kepala
- 19) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering. Sementara tangan yang lain menahan

kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala

20) Periksa lilitan tali pusat dan lakukan tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi

(a) Jika lilitan pusat terlalu ketat, klem tali pusat di dua titik lalu gunting diantaranya. Jangan lupa untuk tetap lindungi leher bayi.

21) Tunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar, pegang secara spontan

g. Membantu lahirnya bahu

22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi

(a) Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis.

(b) Gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang

h. Membantu lahirnya badan dan tungkai

23) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan yang berada di bawah ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah

(a) Gunakan tangan yang berada di atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas

- 24) Setelah tubuh dan lengan bayi lahir, lanjutkan penelusuran tangan yang berada di atas ke punggung, bokong, tungkai, dan kaki bayi
- (a) Pegang kedua mata kaki (masukan telunjuk di antara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya)
- i. Penanganan bayi baru lahir
- 25) Lakukan penilaian selintas dan jawablah tiga pertanyaan berikut untuk enilai apakah ada asfiksia bayi:
- (a) Apakah kehamilan cukup bulan?
- (b) Apakah bayi menangis atau bernapas/ tidak megap-megap?
- (c) Apakah tonus otot bayi baik/ bayi bergerak aktif?
- 26) /bila tidak ada tanda asfiksia, lanjutkan manajemen bayi baru lahir normal. Keringkan dan posisikan tubuh bayi di atas perut ibu
- (a) Keringkan bayi mulai ari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya **KECUALI BAGIAN TANGAN TANPA MEMBERSIHKAN VERNIKS.**
- (b) Ganti handuk basah dengan handuk yang kering
- (c) Pastikan bayi dalam kondisi mantap di atas dada atau perut ibu
- 27) Periksa kembali perut ibu untuk memastikan tidak ada bayi lain dalam uteri (hamil tunggal)
- j. Manajemen aktif kala III

- 28) Beritahukan kepada ibu bahwa penolong akan menyuntikkan oksitosin untuk membantu uterus berkontraksi baik
- 29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, berikan suntikan oksitosin 10 unit IM di sepertiga paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin). Bila tidak ada oksitosin: rangsang puting payudara ibu atau minta ibu menyusui untuk menghasilkan oksitosin alamiah; beri ergometrin 0,2 mg IM. Namun TIDAK BOLEH diberikan pada pasien preeklamsia, eklamsia, dan hipertensi karena dapat memicu terjadi penyakit serebrovaskuler.
- 30) Dengan menggunakan klem, 2 menit setelah bayi lahir, jepit tali pusat pada sekitar 3 cm dari pusat (umbilikus) bayi (kecuali pada asfiksia neonatus, lakukan sesegera mungkin) . dari sisi luar klem penjepit, dorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan lakukan penjepitan kedua pada 2 cm distal dari klem pertama.
- 31) Potong dan ikat tali pusat
- (a) Dengan satu tangan, angkat tali pusat yang telah dijepit kemudian gunting tali pusat di antara 2 klem tersebut (sambil lindungi perut bayi).
 - (b) Ikat tali pusat dengan benang DTT/ steril pada satu sisi kemudian lingkarkan kembali benang ke sisi

berlawanan dan lakukan ikatan kedua menggunakan simpul kunci

(c) Lepaskan klem dan masukkan dalam larutan klorin 0,5%

32) Tempatkan bayi untuk melakukan kontak kulit ibu ke kulit bayi. Letakkan bayi dengan posisi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel dengan baik di dinding dada-perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.

33) Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan kering dan pasang topi pada kepala bayi

34) Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva

35) Letakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di tepi atas simfisis dan tegangkan tali pusat dan klem dengan tangan yang lain

36) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah dorso-kranial secara hati-hati, untuk mencegah terjadinya inversio uteri.

(a) Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk menstimulasi puting susu. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga

timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur di atas.

37) Lakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, lalu minta ibu meneran sambil menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir dengan tetap melakukan tekanan dorso-kranial.

(a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta

(b) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat

(c) Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM

(d) Lakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh

(e) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan

(f) Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya

(g) Segera rujuk jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir

(h) Bila terjadi perdarahan, lakukan plasenta manual

38) Saat plasenta terlihat di introitus vagina, lanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan

39) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus dengan meletakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan

melingkar secara lembut hingga uterus berkontraksi
(fundus teraba keras)

k. Menilai perdarahan

- 40) Periksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun jnin dan pastikan bahwa selaputnya lengkap dan utuh
- 41) Evaluassi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan aktif

l. Melakukan asuhan pasca persalinan (kala IV)

- 42) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terajadi perdarahan pervaginam
- 43) Mulai IMD dengan memberikan cukup waktu untuk melakukan kontak kulit ibu-bayi (di dada ibu minimal 1 jam)
- 44) Setelah kontak kulit ibu-bayi dan IMD selesai:
 - (a) Timbang dan ukur bayi
 - (b) Beri bayi salep mata atau tetes mata antibiotik profilaksis (tetrasiklin 1% atau antibiotik lain)
 - (c) Suntikan vitamin K1 1 mg (0,5 mg utnuk sediaan 2mg/ml) IM di paha kiri anterolateral bayi
 - (d) Pastikan suhu tubuh bayi normal (36,5-37,5°C)
 - (e) Lakukan pemeriksaan untuk melihat adanya cacat bawaan (bibir sumbing/ langitan sumbing, atresia ani,

defek dinding perut) dan tanda-tanda bahaya pada bayi.

- 45) Satu jam setelah pemberian vitamin K1, berikan suntikan imunisasi hepatitis B di paha kanan anterolateral bayi
- 46) Lanjutkan pemantauan kondisi dan pencegahan perdarahan pervaginam
 - (a) Setiap 2-3 kali dalam 15 menit pertama pascasalin
 - (b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascasalin
 - (c) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pascasalin
 - (d) Lakukan asuhan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri jika uterus tidak berkontraksi dengan baik
- 47) Ajarkan ibu/ keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi, mewaspadaai tanda bahaya pada ibu, serta kapan harus memanggil bantuan medis
- 48) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
- 49) Periksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih ibu setiap 15 menit selama 1 jam pertama pascasalin dan setiap 30 menit jam kedua pascasalin
- 50) Periksa kembali kondisi bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/ menit) serta suhu tubuh normal
- 51) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.

- 52) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
- 53) Bersihkan badan ibu menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering
- 54) Pastikan ibu merasa nyaman
- 55) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
- 56) Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
- 57) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan dengan tisu atau handuk bersih dan kering
- 58) Lengkapi partograf, periksa tanda vital dan asuhan kala IV

2.1.9. Asuhan persalinan pada kala I-IV

A. Perubahan fisik dan psikologi pada ibu bersalin kala I

1. Perubahan fisik pada ibu bersalin kala I

a. Perubahan pada uterus dan jalan lahir dalam persalinan yang meliputi:

1) Perubahan keadaan segemen atas dan bawah rahim pada persalinan:

- a) Pada kehamilan lanjut, uterus terdiri atas dua bagian yaitu segemen atas rahim (SAR) yang dibentuk oleh corpus uteri dan segemen bawah rahim (SBR) yang dibentuk oleh isthmus uteri.

b) Kontraksi otot rahim mempunyai sifat yang khas yaitu:

- (1) Setelah kontraksi maka otot tersebut tidak berelaksasi kembali ke keadaan sebelum kontraksi tapi menjadi sedikit lebih pendek walaupun tonusnya seperti sebelum kontraksi (Retraksi)
- (2) Kontraksi tidak sama kuatnya, tapi paling kuat di daerah fundus uteri dan berangsur-angsur berkurang ke bawah dan paling lemah segmen bawah rahim (SBR).
- (3) Sebagian dari isi rahim keluar dari segmen atas dan diterima oleh segmen bawah
- (4) Jadi, segmen atas makin lama makin mengecil sedangkan segmen bawah makin regang dan makin tipis dan isi rahim sedikit demi sedikit pindah ke segmen bawah.
- (5) Karena segmen atas makin tebal dan segmen bawah makin tipis, maka batas antara segmen atas dan bawah menjadi jelas dan akan membentuk lingkaran retraksi yang fisiologis.
- (6) Kalau segmen bawah sangat diregang maka lingkaran retraksi lebih jelas dan naik mendekat pusat dan akan membentuk lingkaran retraksi yang patologis atau lingkaran bandel.

- 2) Perubahan pada bentuk rahim
 - a) Pada tiap kontraksi sumbu panjang rahim bertambah panjang sedangkan ukuran melintang maupun muka belakang berkurang
 - b) Hal di atas dapat terjadi karena ukuran melintang berkurang, artinya tulang punggung menjadi lebih lurus dan dengan demikian kutub atas anak tertekan pada fundus sedangkan kutub bawah ditekan kedalam PAP.
- 3) Perubahan pada serviks
 - a) Agar bayi dapat keluar dari rahim maka perlu terjadi pembukaan dari serviks
 - b) Pembukaan dari serviks ini biasanya didahului oleh pendataran dari serviks
 - c) Pendataran serviks adalah pendekatan dari kanalis servikalis, berupa sebuah saluran yang panjangnya 1-2 cm, menjadi satu lubang saja dengan pinggir yang tipis
 - d) Pembukaan dari serviks adalah pembesaran dari OUE yang tadinya berupa suatu lubang dengan diameter beberapa milimeter menjadi lubang yang dapat dilalui anak kira-kira 10 cm diameter
- b. Perubahan pada vagina dan dasar panggul
 - 1) Dalam kala I ketuban ikut meregangkan bagina atas vagina yang sejak kehamilan mengalami perubahan sedemikian rupa, sehingga dapat dilalui oleh anak

- 2) Setelah ketuban pecah, segala perubahan terutama pada dasar panggul diregang menjadi saluran dengan dinding yang tipis
 - 3) Waktu kepala sampai di vulva, lubang vulva oleh bagian depan nampak pada perineum yang menonjol dan menjadi tipis sedangkan anus menjadi terbuka.
- c. Prerubahan pada tekanan darah
- 1) TD meningkat selama kontraksi, sistolik rata-rata naik 15 (10-20) mmHg. Diastole (5-10 mmHg). Antara kontraksi, TD kembali normal pada level sebelum perslainan
 - 2) Rasa sakit, takut, dan cemas juga akan meningkatkan TD
 - 3) Ada beberapa faktor yang mengubah TD ibu. Aliran darah yang menurun pada arteri uterus akibat kontraksi, diarahkan kembali ke pembuluh darah perifer. Timbul tahanan perifer; TD meningkat dan frekuensi denyut nadi melambat. Wanita yang memiliki resiko hipertensi kini resikonya meningkat untuk mengalami komplikasi, seperti perdarahan otak.
- d. Perubahan pada sistem metabolisme
- Metabolisme karbohidrat aerob dan anaerob meningkat secara berangsur. Ditandaia dengan peningkatan suhu, nadi, kardiak output, pernafasan, dan cairan yang hilang. Peningkatan metabolisme disebabkan karena kecemasan, dan aktivitas otot skletal.

e. Perubahan pada suhu tubuh

- 1) Meningkat selama persalinan terutama selama dan segera setelah persalinan
- 2) Karena terjadi peningkatan metabolisme, maka suhu tubuh agak sedikit meningkat selama persalinan terutama selama dan segera setelah persalinan. Peningkatan ini jangan melebihi $0,5-1^{\circ}\text{C}$.

f. Perubahan pada detak jantung

- 1) Detak jantung secara dramatis naik selama kontraksi
- 2) Antara kontraksi sedikit meningkat dibandingkan sebelum persalinan

Ibu harus diberitahu bahwa ia tidak boleh melakukan manuver valsava (menahan napas dan menegakkan otot abdomen) untuk mendorong selama tahap kedua. Aktivitas ini meningkatkan tekanan intratoraks, mengurangi aliran balik vena dan meningkatkan tekanan vena. Curah jantung dan TD meningkat, sedangkan nadi melambat untuk sementara. Selama ibu melakukan manuver valsava janin dapat mengalami hipoksia. Proses ini pulih kembali saat wanita menarik napas.

g. Perubahan pada sistem pernapasan

- 1) Terjadi sedikit peningkatan laju pernapasan dianggap normal
- 2) Hiperventilasi yang lama dianggap tidak normal dan bisa menyebabkan alkalosis. Sistem pernapasan juga beradaptasi. Peningkatan aktivitas fisik dan peningkatan pemakaian oksigen terlihat dari peningkatan frekuensi

pernapasan. Hiperventilasi dapat menyebabkan alkalosis respiratorik (pH meningkat), hipoksia dan hipokapnea (karbondioksida menurun), pada tahap kedua persalinan. Kecemasan juga meningkatkan pemakaian oksigen.

h. Perubahan pada sistem renal (ginjal)

1) Poliuria

Peningkatan filtrasi glomerulus dan peningkatan aliran plasma ginjal.

2) Proteinuria yang sedikit dianggap biasa

Pada trimester kedua, kandung kemih menjadi organ abdomen. Selama persalinan wanita dapat mengalami kesulitan untuk berkemih secara spontan akibat berbagai alasan: edema jaringan akibat tekanan bagian presentasi, rasa tidak nyaman, sedasi, dan rasa malu. Proteinuria +1 dapat diaktakn normal dan hasil ini merupakan respons rusaknya jaringan otot akibat kerja fisik selama persalinan. Poliuria sering terjadi selama perslainan mungkin disebabkan oleh peningkatan kardiak output, peningkatan filtrasi dalam glomerulus, dan peningkatan aliran plasma ginjal. Proteinuria yang sedikit dianggap normal dalam perslainan.

i. Perubahan pada sistem gastrointestinal

- 1) Motilitas lambung dan absorpsi makanan padat berkurang
- 2) Pengurangan getah lambung berkurang
- 3) Pengosongan lambung menjadi sangat lambat
- 4) Mual muntah bisa terjadi sampai ibu mencapai akhir kala I

j. Perubahan pada sistem hematologi

Hemoglobin meningkat sampai 1,2 gr/ 100 ml, selama persalinan dan akan kembali pada tingkat seperti sebelum persalinan sehari setelah pasca salin kecuali ada perdarahan postpartum.

2. Perubahan psikologi pada persalinan kala I

- a. Memperlihatkan ketakutan atau kecemasan, yang menyebabkan wanita mengartikan ucapan pemberi perawatan atau kejadian persalinan secara pesimistik atau negatif
- b. Mengajukan banyak pertanyaan atau sangat waspada terhadap sekelilingnya
- c. Memperlihatkan tingkah laku sangat membutuhkan
- d. Memperlihatkan tingkah laku minder, malu atau tidak berharga
- e. Memperlihatkan reaksi keras terhadap kontraksi ringan atau terhadap pemeriksaan
- f. Menunjukkan ketegangan otot dalam derajat tinggi
- g. Tampak menuntut, tidak mempercayai, marah atau menolak terhadap para staf
- h. Menunjukkan kebutuhan yang kuat untuk mengontrol tindakan pemberi perawatan
- i. Tampak lepas kontrol dalam persalinan (saat nyeri hebat, menggeliat kesakitan, panik, menjerit, tidak merespon saran atau pertanyaan yang membantu)
- j. Merasa diawasi
- k. Merasa dilakukan tanpa hormat

- I. Respons melawan atau menghindar yang dipicu oleh adanya bahaya fisik, ketakutan, kecemasan dan distress lainnya.
3. Langkah manajemen kebidanan pada kala I
 - a. Langkah 1: pengumpulan data

Yaitu mengumpulkan informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Dengan tujuan untuk mengumpulkan informasi tentang riwayat kesehatan, kehamilan, dan persalinan. Informasi ini digunakan untuk proses membuat keputusan klinik untuk menentukan diagnosis dan mengembangkan rencana asuhan atau perawatan yang sesuai.

1) Data subjektif

- a) Identitas ibu dan suami (nama, umur, alamat, pekerjaan, agama, pendidikan)
- b) Keluhan utama
- c) Riwayat menstruasi (menarche, siklus menstruasi, lamanya, banyaknya, HPHT, adalah dismenorrhe/gangguan menstruasi lainnya)
- d) Riwayat perkawinan (kawin ke berapa dan usia saat kawin)
- e) Riwayat kesehatan (lalu, keluarga dan kehamilan sekarang)
- f) Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu
- g) Riwayat alergi obat-obatan tertentu
- h) Bio psiko sosial spiritual

2) Data objektif

- a) Tujuan pemeriksaan fisik, untuk menilai kondisi kesehatan ibu dan bayinya serta tingkat kenyamanan fisik ibu bersalin
- b) Pemeriksaan fisik umum (KU, kesadaran, TTV, BB, lila, SPR)
- c) Pemeriksaan fisik khuss (head to toe, meliputi inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi)

(a) TFU

Pastikan pengukuran dilakukan pada saat uterus tidak sedang berkontraksi. Ukur TFU dengan pita pengukur mulai dari tepi atas symphysis pubis kemudian rentangkan pita pengukur hingga ke puncak fundus mengikuti aksis atau linea medialis dinding abdomen.

(b) Kontraksi uterus

Gunakan jarum detik yang ada pada jam dinding atau jam tangan untuk memantau kontraksi uterus.

(c) DJJ

Gunakan fetoskop pinnards atau Doppler untuk mendengarkan DJJ dalam rahim. Gangguan kondisi kesehatan janin dicerminkan dari DJJ yang kurang dari 120 dan > 160 kali. Bila demikian baringkan ibu ke sisi kiri dan anjurkan ibu untuk relaksasi.

(d) Presentasi

Untuk menentukan presentasi bayi, apakah kepala atau bokong

- Berdiri di samping dan menghadap ke arah kepala ibu (meminta ibu mengangkat tungkai dan menekuk lutut)
- Dengan ibu jari dan satu jari tengah, pegang bagian terbawah abdomen ibu.
- Jika bagian terbawah belum masuk rongga panggul, maka bagian tersebut masih dapat digerakkan dan sebaliknya
- Untuk menentukan apakah presentasinya kepala atau bokong, maka perhatikan dan pertimbangkan bentuk, ukuran, kepadatan bagian tersebut. Bagian berbentuk bulat, teraba keras, berbatas tegas adalah ciri kepala. Bagian kurang tegas, lunak, relative besar dan sulit terpegang secara mantap, maka bagian tersebut adalah bokong.

(e) Penurunan kepala janin

Pemeriksaan penurunan bagian kepala terbawah janin ke dalam rongga panggul melalui pengukuran pada dinding abdomen akan memberikan tingkat kenyamanan yang lebih baik bagi ibu, jika dibandingkan dengan pemeriksaan dalam (vagina toucher). Penilaian penurunan kepala dilakukan dengan menghitung proporsi bagian terbawah janin yang masih berada di atas tepi symphysis dan dapat

diukur dengan lima jari tangan (per lima). Bagian diatas symphysis adalah proporsi yang belum masuk PAP dan sisanya telah masuk PAP.

- 5/5: jika bagian terbawah janin seluruhnya teraba di atas symphysis pubis.
- 4/5: jika sebagian (1/5) bagian terbawah janin telah memasuki PAP
- 3/5: jika sebagian 2/5 bagian terbawah janin telah memasuki PAP
- 2/5: jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin yang masih berada di atas symphysis dan (3/5) bagian telah masuk PAP
- 1/5: jika hanya 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada di atas symphysis dan 4/5 bagian telah masuk PAP.
- 0/5: jika bagian terbawah janin sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar dan bagian terbawah janin sudah masuk kedalam rongga panggul

(f) Genital luar: luka, cairan, lendir darah, perdarahan, cairan ketuban

(g) Genital dalam: penipisan serviks, dilatasi, penurunan kepala janin, membran/ selaput ketuban, dapat diketahui dengan pemeriksaan dalam.

d) Pemeriksaan penunjang

Salah satu pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan oleh bidan selama kala I persalinan yaitu dengan melakukan pemeriksaan dalam.

b. Langkah 2: interpretasi data dasar

Dengan melakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi atas data-data yang telah dikumpulkan. Assesment pada persalinan yang sesungguhnya: persalinan juga harus dicurigai pada ibu dengan umur kehamilan >22 minggu, disertai cairan lendir yang mengandung darah atau blood show, agar dapat mendiagnosa persalinan, bidan harus memastikan perubahan cerviks dan kontraksi yang cukup.

c. Langkah 3: identifikasi diagnosa dan masalah potensial

Langkah ini berdasarakan diagnosa atau masalah yang sudah diidentifikasi. Bidan dituntut untuk mampu mengidentifikasi masalah potensial serta merumuskan tindakan antisipasi masalah potensial atau diagnosis potensial.

d. Langkah 4: identifikasi kebutuhan segera

Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan segera untuk melakukan konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien.

e. Langkah 5: membuat rencana asuhan menyeluruh

Asesment yang wajib atau harus dimasukkan dalam rencana tindakan:

- 1) Pemantauan terus menerus kemajuan persalinan menggunakan partograf
- 2) Pemantauan terus menerus TTV ibu
- 3) Pemantauan terus menerus keadaan bayi
- 4) Memenuhi kebutuhan nutrisi dan hidrasi ibu
- 5) Menganjurkan perubahan posisi dan ambulansi
- 6) Menganjurkan tindakan yang memberikan pada rasa nyaman
- 7) Menganjurkan keluarga memberi dukungan

Parameter	Frekuensi pada fase laten	Frekuensi pada fase aktif
Tekanan darah	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Temperatur/ suhu	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Nadi	Setiap 30 menit	Setiap 30 menit
*DJJ	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Kontraksi	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Perubahan serviks	Setiap 4 jam	Setiap 2-4 jam
Penurunan bagian terendah janin	Setiap 4 jam	Setiap 2-4 jam
Urine	Setiap 2 jam	Setiap 2 jam

*segera setelah selaput ketuban pecah, bidan harus mendengarkan DJJ dan melakukan pemeriksaan dalam untuk memeriksa kemungkinan tali pusat menumbung

f. Langkah 6: Pelaksanaan asuhan

Pelaksanaan asuhan dengan efisien dan aman. Dalam situasi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter SPOG, untuk

menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut.

g. Langkah 7: Evaluasi

Evaluasi keefektifan dari asuhan yang telah dilakukan apakah telah terpenuhi sesuai kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam diagnosa dan masalah.

Asuhan persalinan kala I

1. Menggunakan partograf

Partograh adalah alat bantu yang digunakan selama fase aktif persalian. Tujuan utama dan penggunaan partograf adalah untuk:

- a. Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam
 - b. Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal.
- Dengan demikian, juga dapat melakukan deteksi secara dini setiap kemungkinan terjadinya patas lama.

2. Waktu penggunaan partograf

- a. Untuk semua ibu dalam fase aktif kala I persalinan sebagai elemen penting asuhan persalinan.
- b. Selama persalinan dan kelahiran di semua tempat
- c. Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran

3. Pencatatan selama fase laten persalinan

Selama fase laten persalinan, semua asuhan, pengamatan dan pemeriksaan harus dicatat. Hal ini dapat direkani secara terpisah dalam catatan kemajuan persalinan atau pada Kartu Menuju Sehat (KMS) ibu hamil. Semua asuhan dan intervensi harus dicatat.

4. Kondisi ibu dan bayi yang harus dinilai dan dicatat secara seksama, yaitu:

- a. Denyut jantung janin
- b. Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus
- c. Nadi
- d. Pembukaan serviks
- e. Penurunan
- f. Tekanan darah dan temperatur tubuh
- g. Produksi urin, aseton, dan protein

Jika ditemukan tanda-tanda penyulit, penilaian kondisi ibu dan janin dilakukan harus lebih sering.

5. Pencatatan pada halaman depan partograf selama fase aktif

- a. Informasi tentang ibu:
 - 1) Nama, umur
 - 2) Gravida, para, abortus
 - 3) Nomor catatan medis/ nomor puskesmas
 - 4) Tanggal dan waktu mulai dirawat
 - 5) Waktu pecahnya selaput ketuban

- b. Kondisi janin:
 - 1) DJJ
 - 2) Warna dan adanya air ketuban
 - 3) Penyusupan (molase) kepala janin
 - c. Kemajuan persalinan
 - 1) Pembukaan serviks
 - 2) Penurunan bagian terbawah janin atau presentasi janin
 - 3) Garis waspada dan garis bertindak
 - d. Jam dan waktu
 - 1) Waktu mulainya fase aktif persalinan
 - 2) Waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian
 - e. Kontraksi uterus

Frekuensi dan lamanya
 - f. Obat-obatan dan cairan yang diberikan
 - 1) Oksitosin
 - 2) Obat-obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan
 - g. Kondisi ibu

Nadi, tekanan darah, dan temperatur tubuh, urin
 - h. Asuhan , pengamatan, an keputusan klinik lainnya.
6. Mencatat temuan pada partograf
- a. Informasi tentang ibu
 - b. Kesehatan dan kenyamanan janin

1) DJJ

Kisaran normal DJJ terpapar pada partograf diantara garis tebal angka 1 dan 100. Tetapi penolong harus sudah waspada bila DJJ dibawah 120 atau diatas 160.

2) Warna dan adanya air ketuban

Gunakan lambang-lambang berikut:

U: ketuban utuh (belum pecah)

J: uban sudah pecah dan air ketuban jernih

M: ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium

D; ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah

K: ketuban sudah pecah dan tidak ada air ketuban (kering)

3) Molase (penyusupan kepala janin)

Penyusupan adalah indikator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri dengan bagian keras panggul ibu. Gunkaan lambang-lambang berikut:

0: tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi

1: tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan

2: tulang-tulang kepala jann saling tumpang tindih, tapi masih dapat dipisahkan

3: tulang-tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan

c. Kemajuan persalinan

1) Pembukaan serviks

Saat ibu berada dalam fase aktif persalinan, catat pada partograf hasil temuan dan setiap pemeriksaan. Tanda X harus ditulis di garis waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks. Beri tanda untuk temuan-temuan dan pemeriksaan dalam yang dilakukan pertama kali selama fase aktif persalinan di garis waspada.

2) Penurunan bagian terbawah atau presentasi janin

Pada persalinan normal, kemajuan pembukaan serviks umumnya diikuti dengan turunnya bagian terbawah atau presentasi janin. Tapi kadangkala, turunnya bagian terbawah/ presentasi janin baru terjadi setelah pembukaan serviks sebesar 7 cm.

3) Garis waspada dan garis bertindak

Garis waspada dimulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik dimana pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika laju pembukaan 1 cm/ jam. Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada (pembukaan kurang dari 1 cm/ jam), maka harus dipertimbangkan adanya penyulit, pertimbangkan pula adanya tindakan intervensi yang diperlukan. Garis bertindak tertera sejajar dengan garis waspada, dipisahkan oleh 8 kotak atau 4 jalur ke sisi kanan. Jika pembukaan serviks berada di sebelah kanan garis

bertindak, maka tindakan untuk menyelesaikan persalinan harus dilakukan. Ibu harus tiba di tempat rujukan sebelum garis bertindak terlampaui.

d. Kontraksi uterus

Nyatakan lamanya kontraksi dengan:

- 1) Beri titik-titik di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya kurang dari 20 detik
- 2) Beri garis-garis di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20-40 detik
- 3) Isi penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya lebih dari 40 detik.

e. Obat-obatan dan cairan yang diberikan

1) Oksitosin

Jika tetesan (drip) oksitosin sudah dimulai, dokumentasikan setiap 30 menit jumlah unit oksitosin yang diberikan per volume cairan IV dan dalam satuan tetesan per menit

2) Obat-obatan lain dan cairan IV

Catat semua pemberian obat-obatan tambahan dan/ cairan IV dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya

f. Kesehatan dan kenyamanan ibu

Nadi, tekanan darah, dan temperaatur tubuh, volume urin, protein atau aseton dipantau berdasarkan waktunya.

g. Asuhan, pengamatan, dan keputusan klinik lainnya

Mencakup:

- 1) Jumlah cairan per oral yang diberikan
- 2) Keluhan sakit kepala atau penglihatan
- 3) Konsul dengan penolong persalinan lainnya
- 4) Persiapan sebelum melakukan rujukan
- 5) Upaya rujukan

7. Pencatatan pada halaman belakang partograf selama fase aktif

Halaman belakang partograf merupakan bagian untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran, serta tindakan-tindakan yang dilakukan sejak persalinan kala I hingga kala IV.

8. Dukungan persalinan

Metode-metode dukungan persalinan:

- 1) Menghadirkan seseorang yang dapat memberikan dukungan selama persalinan
- 2) Pengaturan posisi: duduk/ setengah duduk, posisi merangkak, berjongkok, atau berdiri, berbaring miring ke kiri.
- 3) Relaksasi dan pernapasan
- 4) Istirahat dan privasi
- 5) Memberi rangsangan alternatif yang kuat untuk mengurangi nyeri dan menghambat rasa sakit.: kompres hangat, kompres dingin, dan sentuhan atau pijatan pada daerah punggung atau tumit.

9. Pengurangan rasa sakit

- 1) Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan, bersifat subyektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang itulah yang dapat menjelaskan dan mengevaluasi rasa nyeri yang dialami.

Nyeri persalinan merupakan pengalaman subyektif tentang sensasi fisik yang terkait dengan kontraksi uterus, dilatasi dan penipisan serviks, serta penurunan janin selama persalinan. Respon fisiologis terhadap nyeri yaitu peningkatan tekanan darah, denyut nadi, pernapasan, keringat, diameter pupil, ketegangan otot.

2) Proses terjadi nyeri

a) Transduksi

Transduksi merupakan proses dimana suatu stimuli nyeri (noxious stimuli) dirubah menjadi suatu aktifitas listrik yang akan diterima ujung-ujung saraf. Stimuli ini dapat berupa stimuli fisik (tekanan), suhu (panas) atau kimia (substansi nyeri). Terjadi perubahan patofisiologis karena mediator-mediator nyeri mempengaruhi juga nosiseptor diluar daerah trauma sehingga lingkaran nyeri meluas. Selanjutnya terjadi proses sensitisasi perifer yaitu menurunnya nilai ambang rangsang nosiseptor karena pengaruh mediator-mediator tersebut diatas dan penurunan pH jaringan. Akibatnya nyeri dapat timbul

karena rangsang yang sebelumnya tidak menimbulkan nyeri misalnya rabaan. Sensitisasi perifer ini mengakibatkan pula terjadinya sensitisasi sentral yaitu hipereksibilitas neuron pada spinalis, terpengaruhnya neuron simpatis dan perubahan intraseluler yang menyebabkan nyeri dirasakan lebih lama. Rangsangan nyeri diubah menjadi depolarisasi membrane reseptor yang kemudian menjadi impuls syaraf.

b) Transmisi

Transmisi merupakan proses penyampaian impuls nyeri dari nosiseptor saraf perifer melewati kornu dorsalis, dari spinalis menuju korteks serebri. Transmisi sepanjang akson berlangsung karena proses polarisasi, sedangkan dari neuron presinaps ke pasca sinaps melewati neurotransmitter.

c) Modulasi

Modulasi adalah proses pengendalian internal oleh sistem saraf, dapat meningkatkan atau mengurangi penerusan impuls nyeri. Hambatan terjadi melalui sistem analgesia endogen yang melibatkan bermacam-macam neurotransmitter antara lain endorphen yang dikeluarkan oleh sel otak dan neuron di spinalis. Impuls ini bermula dari area periaqueductuagrey (PAG) dan menghambat transmisi impuls pre maupun pasca sinaps di tingkat

spinalis. Modulasi nyeri dapat timbul di nosiseptor perifer medula spinalis atau supraspinalis.

d) Persepsi

Persepsi adalah hasil rekonstruksi susunan saraf pusat tentang impuls nyeri yang diterima. Rekonstruksi merupakan hasil interaksi sistem saraf sensoris, informasi kognitif (korteks serebri) dan pengalaman emosional (hipokampus dan amigdala). Persepsi menentukan berat ringannya nyeri yang dirasakan.

3) Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri kontraksi

- a) Intensitas dan lamanya kontraksi rahim
- b) Besarnya janin dan keadaan umum pasien
- c) Pasien dengan primipara pada usia tua dan pada usia muda
- d) Besarnya janin atau jalan lahir yang sempit
- e) Kelelahan dan kurang tidur

4) Intensitas nyeri

Menurut Fundamental of Nursing, intensitas nyeri dibedakan menjadi:

0: adalah tidak nyeri

2-2: nyeri ringan

5-5: moderat/ sedang

7-7: severe/ berat

10-10: sangat berat.

5) Penatalaksanaan nyeri

- a) Cara farmakologi adalah dengan pemberian obat-obatan analgesik yang bisa disuntikan. Efek obat yang diberikan kepada ibu terhadap bayi dapat secara langsung maupun tidak langsung, yakni dapat menembur sawar plasenta, sehingga dapat berefek pada rahim.
- b) Metode non farmakologi
 - (a) Distraksi, memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain pada nyeri.
 - (b) Relaksasi, yaitu teknik untuk mencapai kondisi rileks. Dengan menarik napas dalam-dalam kita mengalirkan oksigen ke darah yang kemudian dialirkan ke seluruh bagian tubuh.
 - (c) Pemijatan/ masase, bentuk stimulasi kulit yang dignakan selama proses persalinan dalam menurunkan nyeri secara efektif.
 - (d) Verendam air hangat, cara ini akan mengakibatkan vasodilatasi dan otot dimana tekanan darah akan menurun, mengurangi trauma perineal, emosi membaik, membebaskan nyeri dan menstimulasi dilatasi servikal.
 - (e) Hipnoterapi, suatu proses sederhana agar diri kita berada pada kondisi rileks, tenang dan terfokus guna mencapai suatu hasil atau tujuan.

3) Persiapan persalinan

- a) Menyiapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi
- b) Menyiapkan semua perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan esensial
- c) Menyiapkan rujukan, jika terjadi penyulit, keterlambatan untuk merujuk ke fasilitas kesehatan yang sesuai dapat, membahayakan jiwa ibu dan atau bayinya.
- d) Memberikan asuhan sayang ibu selama persalinan.

4) Pemenuhan kebutuhan fisik dan psikologi ibu atau keluarga

a) Dukungan emosional

Dukung dan anjurkan suami dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama persalinan dan kelahiran.

b) Mengatur posisi

Alasan jika ibu berbaring telentang, berat uterus dan isinya 'janin, cairan ketuban, plasenta, dll' akan menekan vena cava inferior. Hal ini menyebabkan turunnya aliran darah dan sirkulasi ibu ke plasenta. Kondisi seperti ini, akan menyebabkan hipoksia/ kekurangan oksigen pada janin. Posisi telentang juga akan memperlambat kemajuan persalinan.

c) Pemberian cairan dan nutrisi

Alasan, makanan ringan dan cairan yang cukup selama persalinan akan memberikan lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi bisa memperlambat kontraksi dan / atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif.

d) Kamar mandi

Alasan, kandung kemih yang penuh akan memperlambat turunnya bagian terbawah janin dan mungkin menyebabkan partus macet, menyebabkan ibu tidak nyaman, meningkatkan risiko perdarahan pascapersalinan yang disebabkan atonia uteri, mengganggu penatalaksanaan distosia bahu, meningkatkan risiko infeksi saluran kemih pascapersalinan.

e) Pencegahan infeksi

Alasan, pencegahan infeksi sangat penting dalam menurunkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir.

5) Rujuk ibu jika didapati:

- a) Riwayat bedah sesar
- b) Perdarahan pervaginam
- c) Persalinan kurang bulan
- d) Ketuban pecah dengan mekonium yang kental
- e) Ketuban pecah lama > 24 jam

- f) Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan
- g) Ikterus
- h) Anemia berat
- i) Tanda/ gejala infeksi
- j) Preeklamsia/ hipertensi dalam kehamilan
- k) TFU 40 cm/ lebih
- l) Gawat janin
- m) Primipara dalam fase aktif persalinan dengan palpasi kepala janin masih 5/5
- n) Presentasi bukan belakang kepala
- o) Presentasi majemuk
- p) Kehamilan gemeli
- q) Tali pusat menumbung
- r) Syok

B. Perubahan fisiologis dan psikologis pada persalinan kala II

1) Perubahan fisiologis yang terjadi pada kala II persalinan

a. His menjadi lebih kuat dan sering

(1) Air ketuban yang telah keluar membuat dinding uterus menjadi lebih dekat dengan fetus, sehingga kekuatan kontraksi lebih intensif untuk mendorong keluarnya fetus.

(2) Vagina yang meregang karena turunnya kepala bayi akan membuat kontraksi jadi lebih baik

b. Timbulnya tenaga mendedan

His yang sering dan kuat disebabkan oleh kontraksi otot dinding perut yang mengakibatkan tingginya tekanan intra

abdominal sehingga kepala bayi menekan otot dasar panggul dan secara refleks menimbulkan rasam mencedan. Bila bagian terdepan bayi sudah berada di dasar panggul, maka tenaga mencedan bukan sebagai refleks saja, tapi juga merupakan tenaga untuk mengeluarkan bayi dimana tenaga mencedan harus bekerja lama dengan his.

c. Perubahan dalam dasar panggul

- (1) Perubahan letak kandung kemih, kandung kemih akan naik kearah rongga perut agar tidak mendapatkan tekanan kepala bayi, inilah pentingnya pengosongan kandung kemih agar jalan lahir lebih luas, dan kepala bayi dapat lewat.
- (2) Perubahan pada rektum, dengan adanya kepala bayi di dasar panggul, maka dasar panggul bagian belakang akan terdorong ke bawah sehingga rektum tertekan oleh kepala bayi
- (3) Adanya tekanan kepala bayi membuat perineum menjadi tipis dan mengembang atau menonjol.

d. Lahirnya janin

- (1) Dimulai dengan tampaknya kepala anak di vulva, dengan kontraksi uterus dan sedikit mencedan, secara bertahap kepala bayi dapat keluar
- (2) Lalu diikuti pengeluaran bahu bersama cairan ketuban yang tertinggal, yang membantu melicinkan jalan lahir lalu diikuti pengeluaran seluruh badan.

2) Perubahan psikologis ibu pada kala II persalinan

a. Bahagia

Karena saat-saat yang telah lama ditunggu akhirnya datang juga yaitu kelahiran bayinya dan ia merasa bahagia karena merasa sudah menjadi wanita yang sempurna bahagia karena bisa melihat anaknya.

b. Cemas dan takut

(1) Cemas dan takut kalau terjadi bahaya atas dirinya saat persalinan karena persalinan dianggap sebagai suatu keadaan antara hidup dan mati

(2) Cemas dan takut karena pengalaman yang lalu

(3) Takut tidak dapat memenuhi kebutuhan anaknya.

3) Asuhan sayang ibu

a. Memberikan dukungan emosional

b. Membantu pengaturan posisi

c. Memberikan cairan dan nutrisi

d. Keleluasan untuk ke kamar mandi secara teratur

e. Pencegahan infeksi

4) Rencana asuhan sayang ibu

a. Anjurkan agar ibu selalu didampingi oleh keluarganya. Alasan: hasil persalinan yang baik ternyata erat hubungannya dengan dukungan dari keluarga yang mendampingi ibu selama proses persalinan.

b. Anjurkan keluarga ikut terlibat dalam asuhan, diantaranya membantu ibu untuk berganti posisi, melakukan rangsangan

taktil, memberikan makanan dan minuman, teman bicara, dan memberikan dukungan dan semangat selama persalinan dan melahirkan bayinya.

- c. Penolong persalinan dapat memberikan dukungan dan semangat kepada ibu dan anggota keluarganya dengan menjelaskan tahapan dan kemajuan proses persalinan atau kelahiran bayi kepada mereka.
- d. Tenteramkan hati ibu dalam menghadapi dan menjalani kala dua persalinan. Lakukan bimbingan dan tawarkan bantuan jika diperlakukan.
- e. Bantu ibu untuk memilih posisi yang nyaman saat meneran
- f. Setelah pembukaan lengkap, anjurkan ibu hanya meneran apabila ada dorongan kuat dan spontan untuk meneran. Jangan menganjurkan untuk meneran berkepanjangan dan menahan napas. Alasan: meneran secara berlebihan menyebabkan ibu sulit bernapas ngga terjadi kelelahan yang tidak perlu dan meningkatkan risiko asfiksia pada bayi sebagai akibat turunya pasokan oksigen melalui plasenta.
- g. Anjurkan ibu untuk minum selama kala dua persalinan. Alasan: ibu bersalin mudah sekali mengalami dehidrasi selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Cukupnya asupan cairan dapat mnecegah ibu mengalami hal tersebut.
- h. Anjurkan ibu untuk mendapat asupan (makanan ringan dan minuman air) selama persalinan dan proses kelahiran bayi. Anjurkan agar anggota keluarga sesering mungkin menawarkan

minum dan makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi.

- i. Adakalanya ibu merasa khawatir dalam menjalani kala dua persalinan. Berikan rasa aman dan semangat serta tenteramkan hatinya selama proses persalinan berlangsung.
- j. Menjaga lingkungan tetap bersih merupakan hal penting dalam mewujudkan persalinan yang bersih dan aman bagi ibu dan bayinya.
- k. Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya secara rutin selama persalinan. Ibu harus berkemih sedikitnya setiap 2 jam, atau lebih sering jika ibu merasa ingin berkemih atau jika kandung kemih terasa penuh. WHO dan Asosiasi Rumah sakit Internasional menganjurkan untuk tidak menyatukan ruang bersalin dengan kamar mandi atau toilet karena tingginya frekuensi penggunaan, lalu lintas antar ruang, potensi cemaran mikroorganisme, percikan air atau lantai yang basah akan meningkatkan resiko infeksi nosokomial terhadap ibu, bayi baru lahir dan penolong sendiri.

5) Asuhan persalinan kala II

a. Batasan persalinan kala II

Dimulai saat pembukaan serviks lengkap dan berakhir dengan lahirnya seluruh tubuh janin.

b. Diagnosis pasti

(1) Pembukaan lengkap

(2) Kepala bayi terlihat pada introitus vagina

c. Fase kala II (Aderhold dan robert)

(1) Fase I: fase tengang, mulai dari pembukaan lengkap sampai timbul keinginan untuk meneran

(2) Fase II: fase peneranan, mulai dari timbulnya kekuatan untuk meneran sampai kepala crowning (lahirnya kepala)

(3) Fase III: fase perineal, mulai sejak crowning kepala janin sampai lahirnya seluruh badan bayi.

d. Kontraksi

(1) Sangat kuat dengan durasi 60-70 detik, 2-3 menit sekali

(2) Sangat sakit dan akan berkurang bila meneran

(3) Kontraksi mendorong kepala ke ruang panggul yang menimbulkan tekanan pada otot dasar panggul sehingga timbul reflek dorongan meneran.

e. Keluarnya mekonium pada presentasi kepala

Apabila terjadi pengeluaran mekonium maka DJJ harus diamati dengan ketat.

f. Sifat kontraksi otot rahim

(1) Setelah kontraksi otot rahim tidak berelaksasi kembali ke keadaan sebelum kontraksi tapi menjadi sedikit lebih pendek walaupun tonusnya seperti sebelum kontraksi, yang disebut retraksi. Retraksi ini mengakibatkan SAR makin tebal dengan majunya persalinan apalagi setelah bayi lahir.

- (2) Kontraksi tidak sama kuatnya, tapi paling kuat di daerah fundus uteri dan berangsur berkurang ke bawah dan paling lemah pada SBR.

g. Perubahan bentuk rahim

- (1) Kontraksi, mengakibatkan sumbu panjang rahim bertambah panjang sedang ukuran melintang maupun ukuran muka belakang berkurang
- (2) Pengaruh perubahan bentuk rahim yaitu ukuran melintang berkurang, rahim bertambah panjang. Hal ini merupakan salah satu sebab dari pembukaan serviks.

h. Ligamentum rotundum

Mengandung otot-otot polos dan kalau uterus berkontraksi, otot-otot ini ikut berkontraksi hingga ligamentum rotundum menjadi pendek

i. Perubahan pada serviks

Agar anak dapat keluar dari rahim maka perlu terjadi pembukaan dari serviks. Pembukaan serviks ini biasanya didahului oleh pendataran dari serviks.

j. Pembukaan dari serviks

Pembesaran dari ostium eksternum yang tadinya berupa suatu lubang dengan diameter beberapa milimeter menjadi lubang yang dapat dilalui bayi, kira-kira 10 cm'

k. Faktor yang menyebabkan pembukaan serviks

- (1) Otot-otot serviks menarik pada pinggir ostium

(2) Waktu kontraksi SBR dan serviks diregang oleh isi rahim terutama oleh air ketuban dan ini menyebabkan tarikan pada serviks

(3) Waktu kontraksi, bagian dari selaput yang terdapat diatas kanalis servikalis ialah yang disebut ketuban.

I. Perubahan pada vagina dan dasar panggul

(1) Pada kala I ketuban ikut meregangkan bagian atas vagina

(2) Setelah ketuban pecah, segala perubahan terutama pada dasar panggul ditimbulkan oleh bagian depan anak. Oleh bagian depan yang maju itu, dasar panggul diregang menjadi saluran dengan dinding-dinding yang tipis. Waktu kepala sampai di vulva, lubang vulva menghadap ke depan atas.

(3) Dari luar, peregangan oleh bagian depan nampak pada perineum yang menonjol dan menjadi tipis sedangkan anus menjadi terbuka.

C. Fisiologi persalinan kala III

1) Tanda-tanda pelepasan plasenta

a) Perubahan bentuk dan tinggi fundus

Setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk segitiga atau seperti buah pear atau alpukat dan fundus berada di atas pusat.

b) Tali pusat memanjang

Terlihat menjulur keluar melalui vulva

c) Semburan darah mendadak dan singkat

Darah yang terkumpul di belakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dibantu oleh gaya gravitasi.

D. Asuhan kala IV

1) Evaluasi uterus

Setelah kelahiran plasenta, periksa kelengkapan dari plasenta dan selaput ketuban. Jika dalam waktu 15 menit uterus tidak berkontraksi dengan baik, maka akan terjadi atonia uteri.

2) Pemeriksaan serviks, vagina, dan perineum

Untuk mengetahui apakah ada tidaknya robekan jalan lahir; maka periksa daerah perineum, vagina dan vulva. Setelah bayi lahir, maka vagina akan mengalami peregangan, oleh kemungkinan edema dan lecet.

3) Pemantauan kala IV

Setelah plasenta lahir, lakukan asuhan:

- (a) Rangsangan taktil uterus untuk merangsang kontraksi uterus
- (b) Evaluasi tinggi fundus uteri
- (c) Perkirakan darah yang hilang secara keseluruhan
- (d) Pemeriksaan perineum dari perdarahan aktif
- (e) Evaluasi kondisi umum ibu dan bayi
- (f) Pendokumentasian

4) Pemantauan kala IV

- (a) Vital sign: tekanan darah normal $< 140/90$ mmHg; bila TD $< 90/60$ mmHg, N > 100 /menit (terjadi masalah); masalah yang timbul kemungkinan adalah demam atau perdarahan.

- (b) Suhu $> 38^{\circ}\text{C}$ (identifikasi masalah); kemungkinan terjadi dehidrasi ataupun infeksi
 - (c) Nadi
 - (d) Pernapasan
 - (e) Tonus uteri dan fonggi fundus uteri, kontraksi tidak baik maka uterus teraba lembek, TFU normal sejajar dengan pusat atau dibawah pusat.
 - (f) Perdarahan, perdarahan normal selama 6 jam pertama yaitu satu pembalut atau seperti darah haid yang banyak.
 - (g) Kandung kencing, jika penuh maka uterus tidak berkontraksi baik.
- 5) Tanda bahaya kala IV
- (a) Demam
 - (b) Perdarahan aktif
 - (c) Bekuan darah banyak
 - (d) Bau busuk dari vagina
 - (e) Pusing
 - (f) Lemas luar biasa
 - (g) Kesulitan dalam menyusui
 - (h) Nyeri panggul atau abdomen yang lebih dari kram uterus biasa.

2.2. MANAJEMEN KEBIDANAN

2.2.1. Secara garis besar, ada beberapa pengertian manajemen kebidanan (Betty, dkk. 2010):

1. Menurut Depkes RI. Manajemen kebidanan adalah metode dan pendekatan pemecahan masalah ibu dan anak yang khusus

dilakukan oleh bidan dalam memberikan asuhan kebidanan kepada individu, keluarga, dan masyarakat

2. Menurut Varney. Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangkaian/ tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien.

2.2.2. Langkah manajemen kebidanan

Langkah-langkah manajemen kebidanan merupakan suatu proses penyelesaian masalah yang menuntun bidan untuk lebih kritis di dalam mengantisipasi masalah. Ada tujuh langkah dalam manajemen kebidanan menurut Varney:

1. Langkah I: pengumpulan data dasar

Pada langkah ini, kegiatan yang dilakukan adalah pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi klien secara lengkap, yaitu:

- a. Keluhan klien
- b. Riwayat kesehatan klien
- c. Pemeriksaan fisik secara lengkap sesuai dengan kebutuhan
- d. Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya
- e. Meninjau data laboratorium. Pada langkah ini, dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

A. Data subjektif

- 1) Identitas ibu dan suami

(nama, umur, alamat, pekerjaan, agama, pendidikan)

(a) Umur saat melahirkan. Umur ibu yang paling baik untuk melahirkan adalah berkisar 20-35 tahun, makin jauh umur ibu dan rentang waktu tersebut makin besar resiko bagi ibu maupun anaknya. Penelitian menunjukkan angka kematian dan kesakitan ibu akan tinggi bila melahirkan terlalu muda atau terlalu tua yaitu usia di bawah 20 tahun dan di atas 35 tahun. Pada umur ibu yang masih muda perkembangan organ-organ reproduksi dan fungsi fisiologis belum optimal serta belum tercapai emosi dan kejiwaan yang cukup matang yang akhirnya akan mempengaruhi janin yang dikandungnya. Pada usia yang terlalu tua akan banyak merugikan perkembangan janin selama periode dalam kandungan, oleh karena penurunan fungsi fisiologik dan reproduksinya (Depkes, 2007).

2) Keluhan utama

Klien mengeluh nyeri perut bagian bawah menjalar ke pinggang, ada tanda-tanda persalinan (pengeluaran lendir bercampur darah)

- 3) Riwayat menstruasi (menarche, siklus menstruasi, lamanya, banyaknya, HPHT, dismenorrhea/ gangguan menstruasi lainnya)
- 4) Riwayat kesehatan (lalu, keluarga, dan kehamilan sekarang)

Menurut Kusumawati (2006) seorang wanita yang mempunyai penyakit-penyakit kronik sebelum kehamilan, akan sangat mempengaruhi pada saat proses persalinan serta berpengaruh pada ibu dan janin dan dapat mengurangi kesempatan hidup wanita tersebut.

- 5) Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas

Menurut Varney (2007) diperlukan penjelasan tentang jumlah gravida dan para pada ibu untuk mengidentifikasi masalah potensial pada kelahiran kali ini dan pascapertum. Paritas memengaruhi durasi persalinan dan insiden komplikasi. Pada multipara dominasi fundus uteri lebih besar dengan kontraksi lebih kuat dan dasar panggul yang lebih relaks sehingga bayi lebih mudah melalui jalan lahir, dan demikian mengurangi lama persalinan. Pada grand multipara, semakin banyak jumlah janin, persalinan secara progresif menjadi semakin lama. Hal ini diduga akibat perubahan otot-otot uterus yaitu kelelahan pada otot uterus. Semakin tinggi

paritas, insiden abrupsio plasenta, plasenta previa, perdarahan uterus, mortalitas ibu, dan mortalitas perinatal juga meningkat. Kembar dari dua sel telur meningkat pada gravida 5 atau lebih.

6) Riwayat alergi obat-obatan tertentu

7) Bio psiko sosial spiritual

(a) Kebiasaan yang meningkatkan kesehatan

Informasi tentang pola hidup sehat klien akan bermanfaat untuk mengidentifikasi bidang pendidikan kesehatan yang dibutuhkan.

Misalnya: merokok, wanita yang merokok pada masa kehamilan pertama dan melahirkan bayi sehat mungkin tidak percaya bahwa merokok membawa risiko kelainan pada janin. Alkohol, masalah signifikan yang ditimbulkan oleh anak-anak

yang mengalami sindrom alkohol janin dan gangguan

perkembangan saraf terkait alkohol membuat klinis wajib menanyakan asupan alkohol dan mengingatkan wanita efek potensial alkohol jangka panjang pada bayi yang dikandungnya.

Obat terlarang dan obat rekreasional, mengidentifikasi penggunaan obat pada masa hamil sangat penting, wanita yang

menggunakan obat-obatan tidak tertolong, kecuali mereka diidentifikasi sejak awal. Kopi, salah satu bentuk narkoba tingkat rendah dengan zat kafein yang dapat menyebabkan gangguan pada janin jika dikonsumsi secara berlebihan. Kebiasaan tersebut dapat beresiko pada keterlambatan perkembangan, retardasi atau kematian pada janin.

(a) Riwayat seksual

Riwayat seksual adalah bagian dari data dasar yang lengkap karena riwayat ini memberikan informasi medis yang penting sehingga klinis dapat lebih memahami klien, yakni mengidentifikasi riwayat penganiayaan seksual, menawarkan informasi yang dapat mengurangi kesemasan, menawarkan anjuran-anjuran untuk memperbaiki fungsi seksual, membuat rujukan apabila tercatat disfungsi seksual atau masalah emosional, dan frekuensi dapat mempengaruhi tingkat kontraksi pada kehamilan akibat pengaruh hormon prostaglandin.

a) Penyakit

Kehamilan yang disertai penyakit jantung misalnya, dapat mempengaruhi pertumbuhan

dan perkembangan janin, risiko kematian ibu dan janin juga terjadi; hipertensi disertai kehamilan adalah hipertensi yang telah ada atau sebelum kehamilan. Hipertensi dalam kehamilan risiko HPP; dan penyakit lainnya perlu diidentifikasi dengan seksama karena dibutuhkan penanganan khusus selama proses persalinan.

B. Pemeriksaan fisik

a) Tinggi badan

Tubuh yang pendek dapat menjadi indikator gangguan genetik, karena tinggi yang pasti sering kali tidak diketahui dan tinggi badan berubah seiring peningkatan usia wanita. Tinggi badan sering mempengaruhi kelainan bentuk panggul. Ukuran tinggi normal > 145 cm. Pengaruh pada persalinan, yaitu persalinan pervaginam tidak dapat dilakukan.

b) Berat badan

Berat badan diidentifikasi untuk mengetahui penambahan berat badan selama kehamilan yang bisa mempengaruhi berat bayi. berat badan ibu yang tidak proporsi mempengaruhi berat bayi, yang memungkinkan macet (distosia bahu: ketidaksesuaian dengan panggul ibu) dan sering

terjadi laserasi, apabila dilakukan persalinan pervaginam.

c) Tekanan darah

Penentuan tekanan darah sangat penting, karena peningkatan tekanan darah mempengaruhi keadaan ibu dan janin selama proses persalinan, sehingga bisa diberikan asuhan secara tepat. Juga risiko HPP.

d) Nadi

Denyut nadi maternal sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100 denyut permenit (dpm). Curigai hipotiroidisme jika denyut nadi lebih dari 100 dpm.

e) Refleks

Terutama refleks lutut. Refleks lutut negative pada hypovitaminose dan penyakit urat saraf.

f) Pemeriksaan kelenjar tiroid

Kelenjar tiroid sedikit membesar selama masa hamil akibat hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularitas. Namun, perubahan anatomi ini tidak menyebabkan tiromegali yang signifikan dan setiap pembesaran yang signifikan harus diteliti, yakni jika adanya pembesaran struma dan perlu penanganan khusus pada saat persalinan.

g) Pemeriksaan paru

Pemeriksaan paru biasanya merupakan tindakan yang sangat membantu dalam menegakkan diagnosis bronchitis dan pneumonia. Bisa berpengaruh pada keadaan janin.

h) Pemeriksaan jantung

Payudara harus diperiksa untuk mendeteksi setiap masa yang mungkin ganas dan setiap kondisi yang dapat mengganggu proses menyusui.

i) Pemeriksaan abdomen

Evaluasi adanya nyeri tekan. Perhatian khusus pada denyut jantung janin untuk menentukan kesejahteraan janin. Evaluasi tinggi fundus apakah sesuai dengan usia kehamilannya. Evaluasi presentasi kepala, membantu dalam menegakkan diagnosis untuk dilakukan asuhan kebidanan.

j) Denyut jantung janin

Denyut jantung janin normal 120-160 x/ menit. Denyut jantung yang abnormal, mengganggu proses persalinan bisa lambat atau cepat. Evaluasi DJJ, jika ditemukan > 160 x/ menit risiko ruptur uteri.

k) Pemeriksaan kebidanan

(a) Inspeksi (periksa pandang)

- 1) Muka: adakah chloasma gravidarum, keadaan selaput mata pucat atau merah,

adakah oedema pada muka, bagaimana keadaan lidah dan gigi.

- 2) Leher: adakah vena terbentung di leher (misalnya pada penyakit jantung), apakah kelenjar gondok membesar atau kelenjar limfa bengkak.
- 3) Dada: bentuk buah dada, pigmentasi putting susu, keadaan putting susu, adakah colostru.
- 4) Perut: perut membesar ke depan atau ke samping (pada ascites misalnya membesar ke samping), keadaan pusat, pigmentasi di linea alba, nampaklah gerakan anak, dan strae gravidarum, dan bekas luka.
- 5) Vulva: keadaan perineum, lihatlah varises, tanda chadwick, condylomata, flour. Keadan jalan lahir perlu diperhatikan, adanya oedema dapat memperlambat penurunan kepala dan dipastikan tidak dilakukan persalinan normal dikarenakan risiko laserasi pada jalan lahir.
- 6) Ekstremitas bawah: cari varises, oedema.

(b) Palpasi

- 1) Leopold I: menentukan tinggi fundus uteri dan bagian apa dari janin yang terdapat

dalam fundus. Sifat kepala: keras, bundar dan melenting. Sifat bokong lunak, kurang bundar dan kurang melenting. Pada letak lintang fundus uteri kosong.

- 2) Leopold II: menentukan dimana punggung janin dan bagian-bagian kecil janin. Kadang-kadang terdapat kepala atau bokong jika pada letak lintang
- 3) Leopold III: mengetahui apakah bagian bawah masih dapat digoyangkan. Untuk menentukan apa yang terdapat di bagian bawah dan apakah bagian bawah janin sudah masuk pintu atas panggul.
- 4) Leopold IV: menentukan apa yang menjadi bagian bawah, apakah bagian bawah janin sudah masuk pintu atas panggul, dan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul.

(c) Auskultasi

Untuk mengetahui:

- 1) Dari janin: bunyi jantung janin, bising tali pusat, gerakan anak.
- 2) Dari ibu: bising rahim, bunyi aorta, bising usus.

l) Pemeriksaan dalam

Untuk memastikan intrapartum, menentukan pembukaan sudah lengkap sehingga dapat diputuskan apakah ibu harus mengejan atau sebaliknya, setelah ketuban pecah jika dicurigai atau kemungkinan prolaps tali pusat.

m) Pemeriksaan rontgen atau ultrasonografi

Diidentifikasi untuk mengetahui ukuran panggul, kelainan letak, keadaan janin, memastikan usia kehamilan dan taksiran persalinan sesuai dengan HPHT.

n) Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan hemoglobin, untuk menetapkan kadar hemoglobin dalam darah, normalnya pada kehamilan > 11 gr/dl. Kadar hemoglobin < 11 gr/dl risiko HPP. Identifikasi pemeriksaan protein, membantu menegakkan diagnosa selanjutnya jika ditemui pemeriksaan fisik yang mendukung, jika positif risiko pre-eklamsia.

2. Langkah II: interpretasi data dasar

Pada langkah ini, kegiatan yang dilakukan adalah menginterpretasi semua data dasar yang telah dikumpulkan sehingga ditemukan diagnosis atau masalah. Diagnosis yang dirumuskan adalah diagnosis dalam lingkup praktik kebidanan yang tergolong pada nomenklatur standar diagnosis, sedangkan perihal yang berikatan

dengan pengalaman klien ditemukan dari hasil pengkajian (Ummi, 2010).

3. Langkah III: identifikasi diagnosis/ masalah potensial

Pada langkah ini, kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian diagnosis dan masalah yang sudah teridentifikasi. Berdasarkan temuan tersebut, bidan dapat melakukan antisipasi agar diagnosis/ masalah tersebut tidak terjadi (Ummi, 2010).

4. Langkah IV: identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Pada langkah ini, yang dilakukan bidan adalah mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditanganibersama dengan anggota tim keehatan lain sedua dengan kondisi klien. Ada kemungkinan, data yang kita peroleh memerlukan tindakan yang harus segera dilakukan oleh bidan, sementara kondisi yang lain masih bisa menunggu beberapa waktu lagi (Ummi, 2010).

5. Langkah V: perencanaan asuhan yang menyeluruh

Pada langkah ini, direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan berdasarkan langkah-langkah sebelumnya. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi hal yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan, tetapi dilihat juga dari apa yang akan diperkirakan terjadi selanjutnya, apakah dibutuhkan konseling dan apakah perlu merujuk

klien. Setiap asuhan yang direncanakan harus disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu bidan dan pasien (Umami, 2010).

6. Langkah VI: pelaksanaan

Pada langkah ini, kegiatan yang dilakukan adalah melaksanakan rencana asuhan yang sudah dibuat pada langkah ke-5 secara aman dan efisien. Kegiatan ini bisa dilakukan oleh bidan atau anggota tim kesehatan yang lain. Jika bidan tidak melakukan sendiri, bidan tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Dalam situasi ini, bidan harus berkolaborasi dengan tim kesehatan lain atau dokter. Dengan demikian, bidan harus bertanggung jawab atas terlaksananya rencana asuhan yang menyeluruh yang telah dibuat bersama tersebut (Umami, 2010).

7. Langkah VII: evaluasi

Pada langkah terakhir ini, yang dilakukan bidan menurut Umami (2010):

1. Melakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, yang mencakup pemenuhan kebutuhan, untuk menilai apakah sudah benar-benar terlaksana/ terpenuhi sesuai dengan kebutuhan yang telah teridentifikasi dalam masalah dan diagnosis.
2. Mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif untuk mengetahui mengapa proses manajemen ini tidak aktif.

BAB III**METODE PENELITIAN****3.1 DESAIN PENELITIAN DAN RANCANGAN PENELITIAN****3.1.1 Desain Penelitian**

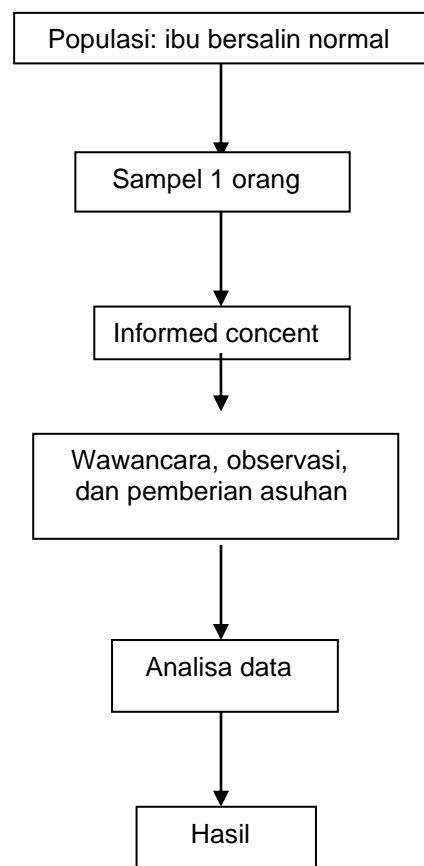
Desain penelitian adalah rancangan bagaimana penelitian tersebut dilaksanakan. Jenis persalinan yang digunakan adalah kualitatif. Penelitian kualitatif merupakan prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati (Sastroasmoro, 2011).

3.1.2 Rancangan Penelitian

Karya tulis ilmiah ini merupakan laporan studi kasus dengan metode deskriptif. Metode deskriptif yaitu suatu metode yang dilakukan dengan tujuan utama untuk memaparkan atau membuat gambaran tentang studi keadaan secara obyektif. Penelitian deskriptif ini digunakan dalam penelitian untuk memecahkan atau menjawab permasalahan yang sedang dihadapi pada situasi sekarang (Notoatmodjo, 2010).

3.2 KERANGKA KERJA

Kerangka kerja merupakan langkah-langkah yang akan dilakukan dalam penelitian yang berbentuk kerangka atau alur peneliti, mulai dari desain hingga analisa datanya (Hidayat, 2009).



Gambar 3.1 kerangka kerja penelitian studi kasus pada ibu bersalin

3.3 PENGUMPULAN DATA DAN ANALISA DATA

3.3.1 Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian. (Nursalam, 2013).

Teknik pengumpulan data yang digunakan penulis adalah:

1. Data primer

Data primer adalah materi atau kumpulan fakta yang dikumpulkan sendiri oleh peneliti pada saat berlangsung penelitian (Nursalam, 2011). Data primer diperoleh melalui pertanyaan tertulis dengan menggunakan kuesioner atau lisan dengan menggunakan metode wawancara (Jonathan, 2006). Data primer di dapat dari pasien.

2. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari pemeriksaan fisik atau terapi diperoleh dari keterangan keluarga dan lingkungannya, mempelajari status dan dokumentasi pasien, catatan dalam kebidanan dan studi (Notoatmodjo, 2008). Data sekunder didapat dari hasil pemeriksaan.

3.3.2 Proses pengumpulan data

Setelah mendapat izin untuk melakukan studi kasus melalui surat yang dikeluarkan oleh Ketua Program Studi Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang yang ditujukan kepada Kepala Ruangan Rawat Inap Puskesmas Sikumana, Peneliti mengadakan pendekatan dengan calon responden dengan memberikan inform consent. Setelah mendapat persetujuan dari responden, peneliti melakukan pengumpulan

data dengan menggunakan wawancara dengan pasien dan observasi secara langsung. Setelah melakukan pengumpulan data melalui wawancara dan observasi, data yang telah didapat tersebut diolah dan dianalisa.

3.3.3 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu lembar pengkajian untuk wawancara dan observasi. Wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan atau pendirian secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (responden) atau bercakap-cakap, berhadapan muka dengan orang tersebut (*face to face*) (Notoatmodjo, 2010). Observasi merupakan suatu metode untuk mengamati dan memahami perilaku seseorang atau kelompok orang dalam situasi tertentu.

Lembar pengkajian terdiri dari data subjektif dan objektif. Untuk mendapatkan data subjektif maka dilakukan anamnesa atau wawancara dengan pasien atau keluarga dengan beberapa pertanyaan, sedang untuk mendapatkan data objektif dilakukan observasi secara langsung pada pasien.

3.3.4 Tempat Dan Waktu Pelaksanaan Penelitian

Lokasi studi kasus merupakan tempat dimana pengambilan kasus tersebut dilaksanakan (Notoatmodjo, 2008). Lokasi penelitian dilaksanakan di ruangan rawat inap Puskesmas

Sikumana Kota Kupang. Waktu penelitian pada tanggal 20 Agustus 2017.

3.3.5 Analisa Data

Analisa data dilakukan secara kualitatif

3.4 ETIKA PENELITIAN

Masalah penelitian kebidanan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian kebidanan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan.

Masalah etika yang harus diperhatikan:

1. Surat persetujuan (*informed consent*)
Informed consent diberikan sebelum melakukan penelitian. *Informed consent* ini berupa lembar persetujuan untuk menjadi responden. Pemberian *informed consent* ini bertujuan agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian dan mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan dan jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati keputusan tersebut (Hidayat, 2009).
2. Tanpa nama (*anonymity*)
Anonymity menjelaskan bentuk penulisan kuesoner dengan tidak perlu mencantumkan nama pada lembar pengumpulan data, yang menuliskan kode pada pengumpulan data (Hidayat, 2009).
3. Kerahasiaan (*confidentiality*)
 Subbab ini menjelaskan masalah-masalah responden yang harus dirahasiakan dalam penelitian. Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dijamin oleh peneliti, hanya

kelompok data tertentu yang akan dilaporkan dalam hasil penelitian (Hidayat, 2009).

BAB IV**TINJAUAN KASUS****4.1 ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU INTRAPATAL**

Nama Pengkaji : Frida Y. Sinlae
 Tanggal pengkajian : 20-08-2017
 Jam masuk : 08.00 Wita
 Tanggal masuk : 20-08-2017
 No. RM : -

I. Pengkajian**A. Data subjektif****1) Biodata**

Nama Ibu	: Ny. D.R	Nama Suami	: Tn. M.W
Umur	: 20 tahun	Umur	: 23 tahun
Agama	: Kristen	Agama	: Kristen Protestan
Suku	: Sabu	Suku	: Sabu
Pendidikan	: SMP	Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Swasta

Alamat rumah: Jl. Sukun I RT 09/RW 04 , Oepura

- 2) Alasan utama masuk kamar bersalin: ibu mengatakan nyeri pinggang menjalar ke perut bagian bawah sejak semalam jam 05.00 wita, sudah keluar lendir dan darah sejak pukul 06.00 wita,ibu mengatakan belum merasakan keluar air-air dari jalan lahir.

3) Riwayat haid:

- a) Menarche : 16 tahun
- b) Lama : 3 hari
- c) Siklus : 28-30 hari
- d) Sifat darah : encer
- e) Banyaknya : 3 kali ganti pembalut
- f) HPHT : 20-11-2016

4) Tanda-tanda persalinan

- a) Kontraksi : Baik,
Sejak tanggal : 20-08-2017,
Pukul : 08.00 Wita
- b) Frekuensi : 3 x 10 menit
- c) Lamanya : 35-40 detik

5) Pengeluaran pervaginam

- a) Darah/ lendir : ada
- b) Jumlah : sedikit
- c) Warna : merah
- d) Air ketuban : (+) positif

6) Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

N o	Tgl/ persalinan	Jenis persalinan	UK	Penolo ng	Tempat	Penyulit	Keadaan bayi	Ket
1	20/01/2015	Normal	9 bulan	Bidan	Rumah	Tidak ada	Lahir hidup	
2	INI	G2	P1	A0	AH1	UK: 39	Minggu	

7) Riwayat kehamilan sekarang

- a) Pergerakan janin dalam 24 jam terakhir: 8 kali
- b) ANC : 7 kali, teratur, di puskesmas
- c) HPHT : 20-11-2016,
TP : 27-08-2017,
UK : 39 minggu
- d) Imunisasi : TT 1: √ TT2: √
- e) Keluhan selama hamil : ibu mengatakan tidak ada keluhan selama kehamilannya.
- f) Obat yang dikonsumsi selama hamil : SF, Vitamin C, Kalsium
- g) Tanda-tanda bahaya : tidak ada

8) Riwayat kesehatan yang lalu/ penyakit yang pernah diderita:

- a) Jantung : tidak ada
- b) Hipertensi : tidak ada
- c) Hepatitis : tidak ada
- d) Jiwa : tidak ada
- e) Campak : tidak ada
- f) Malaria : tidak ada
- g) PHS, HIV/ AIDS : tidak ada
- h) Lain-lain : tidak ada
- i) Pernah operasi : tidak pernah

9) Riwayat penyakit yang pernah diderita keluarga

- a) Jantung : tidak ada
- b) Hipertensi : tidak ada
- c) Jiwa : tidak ada

- d) Campak : tidak ada
- e) Malaria : tidak ada
- f) PHS, HIV/ AIDS : tidak ada
- g) Lain-lain : tidak ada
- h) Pernah operasi : tidak pernah
- i) Keturunan kembar : ada

10) Riwayat KB

- a) KB yang pernah digunakan : tidak ada
- b) Lamanya : -
- c) Efek samping : -
- d) Alasan berhenti : -

11) Latar belakang budaya

- a) Kebiasaan melahirkan ditolong oleh : bidan
- b) Pantangan makanan : tidak ada
- c) Kepercayaan yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan, dan nifas : tidak ada

12) Keadaan psikososial dan sosial ekonomi

- a) Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan: ibu dan keluarga senang dengan kehamilan ibu
- b) Dukungan keluarga : suami dan keluarga mendampingi ibu
- c) Status perkawinan : belum sah
- d) Lama nikah : -
- e) Kehamilan direncanakan : ya

- f) Pengambilan keputusan dalam keluarga: suami dan istri bersama berunding
- g) Tempat rujukan jika terjadi komplikasi : RSUD Prof. dr. W. Z. Yohannes

- 13) Diet/ makan :
- a) Frekuensi makan : 3-4 kali/ hari
 - b) Jenis makanan : nasi/ bubur
 - c) Lauk-pauk : ikan+ sayur, tempe-tahu + sayur, daging (kadang-kadang)
 - d) Keluhan : tidak ada
 - e) Buah-buahan : pepaya/ pisang
 - f) Minum air : 6-8 gelas/ hari
- 14) Pola istirahat/ tidur :
- a) Tidur siang : \pm 1-2 jam/ hari
 - b) Tidur malam : \pm 6-8 jam/ hari
 - c) Keluhan : susah tidur
- 15) Pola defekasi
- a) BAB :
 - (a) Frekuensi : 1 kali/ hari
 - (b) Warna : kuning kecoklatan
 - (c) Keluhan : tidak ada
 - b) BAK :
 - (a) Frekuensi : 5-6 kali/ hari
 - (b) Warna : kuning
 - (c) Keluhan : tidak ada

16) Kebiasaan diri

- a) Mandi : 2 kali/ hari
- b) Keramas : 2-3 kali/ minggu
- c) Ganti baju/ pakaian : 2 kali/ hari
- d) Perawatan payudara : tidak dilakukan

17) Riwayat seksual : ibu mengatakan belum berhubungan seksual dari trimester I.

Apakah ada perubahan pola seksual

- a) TM I : tidak melakukan
- b) TM II : tidak melakukan
- c) TM III : tidak melakukan

18) Kebiasaan hidup

- a) Merokok : tidak pernah
- b) Minum minuman keras : tidak pernah
- c) Mengonsumsi obat terlarang : tidak pernah
- d) Minum kopi, dll : sesekali

B. Data obyektif

1) Pemeriksaan umum

- a) Keadaan umum : baik
- b) Kesadaran : composmentis
- c) Tanda vital :

S : 36,1 °C,

N : 92 kali/ menit,

TD: 120/ 90 mmHg,

RR: 19 kali/ menit

- d) BB : 65 kg,
 Kenaikan BB selama hamil : 16 kg
 e) Lila : 24 cm

2) Pemeriksaan fisik obstetri

a) Inspeksi:

- (a) Postur tubuh : lordosis
 (b) Kepala/ rambut : bersih
 (c) Wajah : oval, pucat, tidak ada cloasma gravidarum, tidak oedema
 (d) Mata : konjungtiva merah muda, sclera putih
 (e) Mulut dan gigi : bersih, mukosa bibir kering, tidak ada caries
 (f) Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan tidak ada pembendungan kelenjar limfe/ vena jugularis
 (g) Payudara : bentuk simetris, putting susu menonjol ka/ki, colostrum ka/ki +/-
 (h) Abdomen : membesar sesuai UK, tidak ada bekas luka operasi, ada linea/ striae
 (i) Vulva, vagina, dan anus : bentuk normal, PPV ada + lendir darah, varises tidak ada, oedema tidak ada, flour albus tidak ada
 (j) Ekstremitas atas : simetris, tidak ada kelainan
 (k) Ekstremitas bawah : tidak ada oedema pada tungkai, tidak ada varises, refleks patella ka/ki +/-.

b) Palpasi

(a) Leopold I :

TFU 3 jari di bawah prosesus xipioideus, bagian fundus teraba lunak, agak bulat, dan tidak melenting (bokong).

(b) Leopold II :

Pada perut ibu bagian kanan teraba bagian-bagian terkecil janin (ekstremitas), pada perut ibu bagian kiri teraba keras, datar, dan memanjang seperti papan (punggung).

(c) Leopold III :

Pada perut ibu bagian bawah teraba bulat, keras, dan melenting (kepala)

(d) Leopold IV :

Bagian terendah janin sudah masuk PAP (divergen) 2/5

(e) Mc. Donald : 28 cm

(f) TBBJ : 2480 gram

(g) Kontraksi : 3 kali 10 menit, lama 35-40 detik, kuat, teratur

(h) Kandung kemih: kosong

c) Auskultasi

DJJ teratur, frekuensi 124 kali/ menit

d) Pemeriksaan dalam:

Tanggal: 20-08-2017

Jam: 08.10 wita

Oleh: bidan

Indikasi: his 3 kali 10 menit, lamanya 35-40 detik, dan ada pengeluaran lendir darah.

Tujuan: untuk memastikan inpartu

(a) Vulva/ vagina: tidak ada kelainan

(b) Portio: tebal lunak

(c) Pembukaan: 4-5 cm

(d) Kantong ketuban: utuh

(e) Bagian terendah : kepala

(f) Posisi : Ubun-ubun Kecil kanan depan

(g) Molase : tidak ada

(h) Turun hodge : II-III

e) Pemeriksaa penunjang:

Laboratorium : tidak dilakukan

(a) Darah:

Hb : tidak dilakukan

Malaria : tidak dilakukan

VDRL : tidak dilakukan

Golongan darah : 'O'

(b) Urine

Albumine : tidak dilakukan

Reduksi : tidak dilakukan

Lain-lain : tidak dilakukan

f) Pemeriksaan khusus: tidak dilakukann

II. Analisa masalah dan diagnose

Diagnosa	Data dasar
----------	------------

<p>Ibu G2P1A0AH1, UK 39 minggu, janin tunggal hidup, intrauterin, presentasi kepala, keadaan ibu dan janin baik, inpartu kala I fase aktif.</p>	<p>DS:</p> <p>Ibu mengatakan hamil anak ke-2, pernah melahirkan 1 kali, tidak pernah keguguran, umur kehamilan 9 bulan, pergerakan janin masih dirasakan 24 jam terakhir sebanyak 8 kali, ibu mengatakan merasa nyeri pada pinggang menjalar ke perut bagian bawah sejak pukul 05.00 wita, dan sudah keluar lendir dan darah sejak pukul 06.00 wita, ibu mengatakan belum merasakan keluar air-air dari jalan lahir.</p> <p>HPHT: 20-11-2016</p> <p>DO : TP: 27-08-2017 UK: 39 minggu</p> <p>KU : baik, kesadaran: composmentis</p> <p>TTV : TD: 120/ 90 mmHg</p> <p>S : 36,1°C</p> <p>N : 92 kali/ menit</p> <p>RR: 19 kali/ menit</p> <p>1. Inspeksi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Kepala/ rambut: bersih, tidak ada kelainan Wajah: tidak pucat, tidak ada cloasma gravidarum, tidak ada oedema Mata: konjungtiva merah muda, sclera putih Mulut dan gigi: mukosa bibir lembab, bersih, tidak ada caries Leher: tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembendungan kelenjar limfe dan tidak ada
---	--

	<p>pembesaran vena jugularis</p> <p>f. Payudara: simetris, bersih, puting susu menonjol</p> <p>g. Abdomen: perut membesar sesuai usia kehamilan, tidak ada luka bekas operasi, ada linea dan striae</p> <p>h. Genetalia: normal, ada pengeluaran pervaginam, lendir bercampur darah, tidak ada oedema</p> <p>i. Ekstremitas: tidak ada oedema, tidak ada varises</p> <p>2. Palpasi</p> <p>a) Leopold I: TFU 3 jari dibawah prosesus xipoides, bagian fundus teraba lunak, agak bulat, dan tidak melenting</p> <p>b) Leopold II: pada perut ibu bagian kanan teraba bagian-bagian terkecil janin, dan pada perut ibu bagian kiri teraba keras, datar, memanjang seperti papan</p> <p>c) Leopold III: bagian bawah ibu teraba bulat, keras, dan melenting</p> <p>d) Leopold IV: bagian terendah janin sudah masuk PAP (divergen) 2/5</p> <p>e) Mc. Donald: 28 cm</p> <p>f) TBBJ : 2840 gram</p> <p>3. Auskultasi : DJJ +, frekuensi 124 kali/ menit, terdengar teratur dan jelas pada bagian kiri ibu.</p> <p>4. Pemeriksaan dalam:</p> <p>Tanggal : 20-08-2017</p> <p>Jam : 08.10 wita</p>
--	---

<p>Masalah:</p> <p>1. Ketidaknyamanan</p>	<p>Indikasi: his 3x10'~35-40", dan PPV: + lendir darah</p> <p>Tujuan : untuk memastikan inpartu</p> <p>Hasil VT: v/v tidak ada kelainan, portio tebal lunak, ø 4-5 cm, KK +, bagian terendah kepala, UUK kanan- depan, tidak ada molase, kepala turun hodge II-III</p> <p>DS:</p> <p>Ibu mengatakan nyeri pada pinggang menjalar ke perut bagian bawah</p> <p>DO:</p> <p>Ibu merintih kesakitan</p>
---	---

III. Antisipasi masalah potensial

Perdarahan postpartum

IV. Tindakan segera

Tidak ada

V. Perencanaan

Tanggal: 20-08-2017

Jam: 08.15 wita

Dx:

Ibu G2P1A0AH1, UK 39 minggu, janin tunggal hidup, intrauterin, presentasi kepala, keadaan ibu dan janin baik, inpartu kala I fase aktif.

- 1) Informasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan dan kemajuan persalinan

R/ informasi tentang hasil pemeriksaan dan kemajuan persalinan merupakan hak ibu dan keluarga sebagai pasien

- 2) Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman

R/ lingkungan yang aman dan nyaman merupakan tindakan pencegahan infeksi

- 3) Jelaskan pentingnya makan dan minum sebelum persalinan

R/ makanan sebagai sumber energi atau tenaga dan pengatur metabolisme dalam darah, dan minuman mencegah dehidrasi selama proses persalinan

- 4) Jelaskan pengaruh jika menahan kencing selama persalinan

R/ kandung kemih yang penuh dapat menghambat penurunan kepala, ketidaknyamanan, dan kesulitan saat pemeriksaan

- 5) Jelaskan pentingnya tidur miring ke kiri

R/ tidur miring kiri dapat mengurangi tekanan pada vena cava dan menjaga aliran darah (suplai O₂) ke janin tetap stabil

- 6) Jelaskan pentingnya pendampingan selama persalinan oleh keluarga atau suami

R/ pendamping saat persalinan merupakan asuhan sayang ibu dan mengurangi kecemasan selama proses persalinan

- 7) Berikan rasa aman dan semangat pada ibu

R/ dukungan dan perhatian akan mengurangi perasaan tegang, membantu kelancaran proses persalinan

- 8) Jelaskan pada ibu untuk tidak meneran sebelum pembukaan lengkap

R/ meneran sebelum waktunya risiko laserasi dan oedema pada jalan lahir

- 9) Bantu ibu untuk memilih posisi yang nyaman saat meneran

- a. Duduk/ setengah duduk

R/ lebih mudah bagi bidan untuk membimbing kelahiran kepala bayi dan mengamati/ mensupport perineum

- b. Posisi merangkak

R/ baik untuk persalinan dengan punggung yang sakit, membantu bayi melakukan rotasi, peregangan minimal pada perineum

- c. Berjongkok/ berdiri

R/ membantu penurunan kepala bayi, memperbesar ukuran panggul, memperbesar dorongan untuk meneran

- d. Berbaring miring ke kiri

R/ memberi rasa santai bagi ibu yang letih, memberi oksigenisasi yang baik bagi janin, membantu mencegah terjadinya laserasi.

10) Siapkan alat dan bahan sesuai SAFF

R/ persiapkan persalinan dapat mempermudah penolong untuk menolong persalinan

11) Siapkan perlengkapan bayi dan ibu

R/ perlengkapan bayi dan ibu yang tersedia dapat membantu pada proses persalinan

12) Observasi pembukaan serviks, penurunan kepala, dan tekanan darah setiap 4 jam; suhu 2 jam; nadi dan DJJ setiap 30 menit

R/ observasi teratur dapat menilai kondisi ibu dan bayi dan dapat melakukan tindakan yang sesuai jika ditemui tanda-tanda penyulit dalam persalinan

Masalah:

(1) Ketidaknyamanan: nyeri pada pinggang menjalar ke perut bagian bawah

1) Jelaskan pada ibu penyebab nyeri yang dirasakan

R/ penjelasan mengenai penyebab atau tindakan masalah pasien merupakan hak pasien

2) Jelaskan pentingnya teknik relaksasi

R/ bernapas pada saat yang tepat adalah dasar untuk mencegah kelelahan dan mengupayakan istirahat diantara kontraksi. Teknik pernapasan dapat mengendalikan nyeri karena dapat meminimalkan fungsi simpatis dan meningkatkan aktifitas komponen parasimpatik,

dan dapat menyimpan tenaga untuk menjamin pasokan oksigen untuk janin.

- 3) Minta dan ajarkan keluarga untuk memijat pada daerah lumbal/ pinggang ibu pada saat his/ kontraksi

R/ bentuk stimulasi kulit yang digunakan selama proses persalinan dalam menurunkan nyeri secara efektif, yaitu dengan menghambat perjalanan rangsangan nyeri pada pusat yang lebih tinggi pada sistem syaraf pusat.

VI. Pelaksanaan

Tanggal: 20-08-2017

Jam: 08.20 wita

Dx:

Ibu G2P1A0AH1, UK 39 minggu, janin, tunggal, hidup, intrauterin, presentasi kepala, keadaan ibu dan janin baik, inpartu kala I fase aktif

- 1) Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan dan kemajuan persalinan yaitu keadaan ibu dan janin baik, pembukaan serviks 4-5 cm, beberapa jam lagi akan melahirkan.

M/ ibu dan keluarga merasa senang dengan informasi yang disampaikan

- 2) Menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman dengan membersihkan ruangan dan menutup pintu untuk menjaga

privasi, sehingga ibu merasa nyaman dengan tindakan yang diberikan

M/ ruangan telah dibersihkan, pintu telah ditutup dan ibu merasa nyaman

- 3) Menjelaskan pentingnya makan dan minum pada ibu sebelum persalinan

M/ keluarga sudah memberikan ibu makan yaitu 1 piring nasi+opor tahu dan 1 gelas air

- 4) Menjelaskan pengaruh jika menahan kencing selama persalinan

M/ ibu menerima penjelasan yang diberikan dan bersedia untuk tidak menahan jika ingin berkemih

- 5) Menjelaskan pentingnya tidur miring kiri

M/ ibu menerima penjelasan yang diberikan dan bersedia mengikuti untuk tidur miring kiri

- 6) Menjelaskan pentingnya pendampingan selama persalinan oleh keluarga atau suami

M/ suami bersedia mendampingi ibu selama persalinan

- 7) Memberikan rasa aman dan semangat pada ibu

M/ meminta ibu untuk berdoa dalam hati dan memberikan support bahwa ibu bisa melewati persalinan dengan normal

- 8) Menjelaskan pada ibu untuk tidak meneran sebelum pembukaan lengkap

M/ ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan bersedia untuk tidak meneran sebelum adanya instruksi

- 9) Membantu ibu untuk memilih posisi yang nyaman saat meneran
M/ ibu memilih untuk berbaring miring kiri dan berganti posisi
setengah duduk

10) Menyiapkan alat dan bahan sesuai SAFF

SAFF I:

- a. Baki berisi partus set (handscoen 2 pasang, $\frac{1}{2}$ kocher, kasa steril, gunting tali pusat, dan gunting episiotomi, klem 2 buah, pengikat tali pusat)
- b. Dopler/ funanduscope
- c. Betadine
- d. Air DTT
- e. Baki steril
- f. Clorin spray
- g. Tempat berisi dispo 1 cc, 3 cc, 5 cc
- h. Obat-obatan esensial
- i. Jam

SAFF II:

- a. Keranjang berisi: pakaian ibu, pakaian bayi, APD (topi, kaca mata, masker, celemek)
- b. PI:
 - a) Tempat sampah 2 buah (medis dan non medis)
 - b) Ember berisi larutan clorin 0,5%
 - c) Air bersih
 - d) Air DTT
 - e) Tempat pakaian kotor

f) Sepatu booth

M/ semua peralatan alat dan bahan sudah disiapkan

11) Mempersiapkan perlengkapan bayi dan ibu

M/ pakaian ibu dan bayi sudah disiapkan

12) Mengobservasi pembukaan serviks, penurunan kepala, dan tekanan darah tiap 4 jam; suhu tiap 2 jam; nadi dan DJJ setiap 30 menit

M/ hasil observasi dapat dilihat pada lembar partograf.

Masalah:

(1) Ketidaknyamanan: nyeri pada pinggang menjalar ke perut bagian bawah

- 1) Menjelaskan pada ibu penyebab nyeri yang dirasakan. Nyeri pada persalinan disebabkan oleh kombinasi peregangan segmen bawah rahim (selanjutnya serviks) dan iskemia (hipoksia) otot-otot rahim. Nyeri pada punggung bawah yang dialami ibu disebabkan oleh tekanan kepala janin terhadap tulang belakang.

M/ ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan

- 2) Menjelaskan pentingnya teknik relaksasi. Bernapas pada saat yang tepat adalah dasar untuk mencegah kelelahan dan mengupayakan istirahat diantara kontraksi. Teknik pernapasan dapat mengendalikan nyeri karena dapat meminimalkan fungsi simpatis dan meningkatkan aktifitas komponen parasimpatik, dan dapat menyimpan tenaga untuk menjamin pasokan oksigen untuk janin.

M/ ibu mengerti dan bersedia untuk melakukan teknik relaksasi

- 3) Meminta dan mengajarkan keluarga untuk memijat pada daerah lumbal/ pinggang ibu saat his/ kontraksi.

M/ keluarga mengerti dan bersedia memijat pada daerah punggung bawah ibu.

VII. Evaluasi

Tanggal : 20-08-2017

Jam : 08.30 wita

Dx : G2P1A0AH1, UK 39 minggu, janin tunggal, hidup, intrauterin, presentasi kepala, keadaan ibu dan janin baik, inpartu kala I fase aktif dengan kehamilan risiko tinggi.

S: ibu mengatakan merasa nyeri pada pinggang menjalar ke perut bagian bawah dan merasa ada dorongan untuk meneran, seperti ingin BAB, keluar lendir dan darah.

O: TTV: N: 80x/ menit

Inspeksi: ada pengeluaran lendir darah, belum ada tanda gejala persalinan kala II

Palpasi: His: 4 x 10'~40-45"

Auskultasi: DJJ: 130 x/ menit

A: inpartu kala I fase aktif

P:

- 1) Informasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga

R/ informasi hasil pemeriksaan merupakan hak pasien

- 2) Jelaskan ibu untuk tidak cemas

R/ kecemasan yang berlebihan dapat meningkatkan kadar katekolamin dan menyebabkan turunnya aliran darah ke rahim, turunnya kontraksi rahim, turunnya aliran darah ke plasenta, turunnya oksigen untuk janin menyebabkan lamanya persalinan kala I.

3) Jelaskan ibu pentingnya teknik relaksasi

R/ teknik relaksasi yaitu dengan menarik napas dalam-dalam kita mengalirkan oksigen ke darah kemudian dialirkan ke seluruh bagian tubuh, sehingga memberikan rasa lebih tenang dan stabil.

4) Jelaskan ibu untuk miring kiri

R/ tidur miring kiri dapat mengurangi tekanan pada vena cava dan menjaga aliran darah (suplai O₂) ke janin tetap stabil

I:

1) Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga.

M/ ibu dan keluarga menerima informasi yang diberikan

2) Menjelaskan ibu untuk tidak cemas

M/ ibu mengerti dan bersedia untuk tidak cemas. Ibu lebih tenang

3) Menjelaskan ibu pentingnya teknik relaksasi

M/ ibu mengerti dan bersedia melakukan teknik relaksasi

4) Menjelaskan ibu untuk miring kiri

M/ ibu mengerti dan telah baring posisi miring kiri

Evaluasi

Tanggal: 20-08-2017

Jam: 09.15 wita

Dx:

G2P1A0AH1, UK 39 minggu, janin tunggal, hidup, intrauterin, pres-kep, keadaan ibu dan janin baik, inpartu kala I fase aktif

S:

ibu mengatakan merasa nyeri pada pinggang menjalar ke perut bagian bawah, dan merasa ada dorongan untuk meneran, seperti ingin BAB, keluar lendir banyak dan darah dari jalan lahir, keluar air-air dari jalan lahir.

O: perineum menonjol, vulva dan anus membuka, ketuban pecah spontan, cairan ketuban jernih

VT: v/v tidak ada kelainan, portio tidak teraba, ø lengkap (10 cm), KK -, presentasi kepala, penunjuk UUK kanan depan, TH III

A:

Inpartu kala II

P:

Pastikan perlengkapan :

- a. Siap diri
- b. Siap keluarga
- c. Persiapan pertolongan persalinan
- d. Menolong persalinan

I:

Melakukan penanganan kala II

Asuhan persalinan normal. Jam: 09.16 wita

1. Memeriksa kelengkapan alat-alat pertolongan persalinan termasuk mematahkan ampul oxytosin dan memasukan alat suntik sekali pakai dalam wadah partus set
2. Memakai celemek
3. Memastikan tangan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir, kemudian keringkan tangan dengan menggunakan handuk yang kering dan bersih
4. Memakai sarung tangan DTT pada tangan kanan digunakan untuk melakukan pemeriksaan dalam
5. Mengambil dispo untuk menyuntik sekali pakai dengan tangan yang bersarung tangan, isap oxytosin dan letakkan kembali dalam wadah partus set
6. Membersihkan vulva dan perineum dengan kapas basah, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang
7. Melakukan pemeriksaan dalam, pastikan pembukaan lengkap dan selaput ketuban sudah pecah
8. Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang bersarung tangan ke dalam larutan clorin 0,5%, lalu cuci tangan kembali dengan sabun
9. Memastikan DJJ setelah kontraksi uterus selesai, pastikan DJJ dalam batas normal (120-160 x/ menit)

10. Memberitahukan ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik meminta ibu untuk meneran saat ada his, apabila sudah ada rasa ingin meneran
11. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi setengah duduk dan pastikan ibu merasa nyaman
12. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan kuat untuk meneran
13. Menganjurkan ibu untuk mengambil posisi nyaman, jika ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran
14. Saat kepala janin sudah tampak pada vulva dengan diameter 5-6 cm, pasang handuk bersih untuk mengeringkan bayi pada perut ibu
15. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian bawah bokong ibu
16. Membuka partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan
17. Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan
18. Setelah tampak kepala janin dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, makaindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain kering. Tangan yang lain menahan kepala untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala, anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas cepat dan dangkal
19. Memeriksa ada lilitan tali pusat di leher dan jika ada ambil tindakan yang sesuai/ lilitan 1 x kencang/ jepit-jepit potong

20. Menunggu hingga kepala melakukan putaran paksi luar secara spontan
21. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang kepala secara biparietal, anjurkan ibu untuk meneran di saat kontraksi, dengan lembut gerakan kepala ke arah bawah dan distal bahu depan muncul ke bawah arkus pubis dan kemudian gerakan ke arah atas distal untuk melahirkan bahu belakang
22. Setelah badan dan lengan lahir, tangan kiri menyusur pinggang ke arah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah (selipat dari telunjuk tangan kiri diantara lutut janin)
23. Setelah bahu lahir geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk memegang kepala, lengan, dan siku sebelah bawah, gunakan tangan atas untuk menyusuri dan meregangkan tangan dan siku sebelah bawah, gunakan tangan atas untuk menyusuri dan meregangkan tangan dan siku sebelah atas.
Bayi lahir hidup, jam 09.20 wita
24. Melakukan penilaian sepintas
 - a. Bagaimana warna kulit bayi?
 - b. Bagaimana frekuensi denyut jantung bayi?
 - c. Bagaimana warna kulit bayi?
 - d. Bagaimana tonus otot bayi?
 - e. Bagaimana pernapasan bayi?

25. Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka kepala dan bagian tubuh lainnya, kecuali tangan tanpa membersihkan verniks casiosa. Ganti handuk basah dengan handuk kering dan biarkan bayi diatas perut ibu
26. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi janin dalam uterus
27. Dalam waktu 1 menit pasca salin, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi, mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali dengan klem-2 pada 2 cm distal klem pertama
28. Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut ibu) dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara kedua klem
29. Mengikat tali pusat dengan benang DTT pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan sampul kunci pada sisi lainnya
30. Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi pada kepala bayi.

E: bayi lahir spontan pervaginam letak belakang kepala. Bayi lahir tidak segera menangis. Tanggal: 20-08-2017, jam: 09.18 wita.

Kala III

S: ibu mengatakan merasa lega dan senang dengan bayi yang baru saja dilahirkan

O: KU: baik, kesadaran composmentis, ada tanda-tanda lepasnya plasenta, perubahan bentuk dan tinggi fundus, tali pusat semakin memanjang dan semburan darah meningkat.

A: inpartu kala III

P: manajemen aktif kala III

I:

31. Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar kontraksinya baik
32. Dalam waktu satu menit setelah bayi lahir. Suntik oksitosin 10 unit secara IM di 1/3 atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum penyuntikan oksitosin)
33. Memindah klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
34. Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu tepi simpisis untuk mendeteksi; tangan lain meregangkan tali pusat
35. Setelah uterus berkontraksi, regangkan tali pusat dengan satu tangan sementara tangan lain menekan uterus dengan hati-hati kearah dorso kranial. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40" hentikan peregangan tali pusat dan menunggu hingga timbulnya kontraksi berikut dan mengulangi prosedur
36. Melakukan peregangan dan dorong dorso kranial, hingga plasenta terlepas, ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas

mengikuti proses jalan lahir (tetap melakukan tekanan dorso kranial)

37. Setelah plasenta tampak pada vulva, teruskan melahirkan plasenta dengan hati-hati, bila perlu (terasa ada tekanan), pegang plasenta dengan kedua tangan dan lakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robekan selaput ketuban
38. Segera setelah plasenta lahir lakukan masase pada fundus uteri secara sirkular, menggunakan jari tangan kiri sampai kontraksi uterus baik (fundus terasa keras masase dilakukan sebanyak ± 15 kali)
39. Memeriksa plasenta bagian maternal dan bagian fetal dan memastikan plasenta dan selaput lahir lengkap dan kotiledon lengkap, insersi lateralis, panjang tali pusat ± 70 cm.

Kala IV

S: ibu mengatakan lega karena ari-ari sudah lahir normal

O: plasenta lahir lengkap, kotiledon lengkap, kelainan tidak ada, perdarahan ± 75 cc.

A: inpartu kala IV

P: penatalaksanaan kala IV jam: 09.28 wita

40. Melakukan evaluasi kemungkinan adanya laserasi pada vagina dan perineum, lakukan penjahitan bila laserasi menimbulkan perdarahan
41. Memeriksa kembali kontraksi uterus dan tanda adanya perdarahan pervaginam, pastikan kontraksi dengan baik

42. Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit pada dada ibu paling sedikit 1 jam
43. Setelah 1 jam, lakukan penimbangan, pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis dan Neo-K 1 mg secara IM pada paha kiri antero lateral
44. Setelah 1 jam pemberian Neo-K, beri suntikan imunisasi HB0 pada paha kanan antero lateral
45. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam
46. Menganjurkan ibu dan keluarga melakukan masase uterus dan menilai kontraksi uterus
47. Mengevaluasi kehilangan darah
48. Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15' selama 1 jam pertama pasca persalinan dan 30' selama 1 jam kedua pasca persalinan
49. Memeriksa kembali untuk memastikan bayi bernapas dengan baik seta suhu tubuh normal
50. Menempatkan semua peralatan bekas pakai kedalam larutan clorin 0,5% untuk dekontaminasi alat ~15'. Cuci dan bilas peralatan setelah dekontaminasi.
51. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
52. Memebersihkan ibu dengan air DTT, membersihkan sisa air ketuban, lendir dan darah dan bantu memakai pakaian dalam ibu

53. Memastikan ibu merasa nyaman dan beritahu keluarga untuk membantu ibu, apabila ibu ingin minum
54. Membersihkan sarung tangan dalam larutan clorin 0,5%, melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan clorin 0,5% ~15'
55. Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan clorin 0,5%
56. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir
57. Melengkapi partograf (lembar depan dan belakang), periksa TTV dan asuhan kala IV.

Hasil observasi pada 15 menit jam pertama dan tiap 30 menit jam kedua yaitu:

Jam	Ibu	Bayi
09.30 wita	TD: 120/90 mmHg N: 88 x/menit S: 36,8°C TFU 2 jari bawah pusat Kontraksi uterus baik Perdarahan 10 cc Kandung kemih kosong	RR: 44 x/ menit S: 36,2°C Warna kulit kemerahan Gerakan aktif Isapan ASI kuat Tali pusat tidak berdarah Tidak ada kejang BAB/BAK: 1/-
09.45 wita	TD: 130/100 mmHg N: 88 x/menit S: 36,8°C TFU 2 jari bawah pusat Kontraksi uterus baik	RR: 44 x/ menit S: 36,2°C Warna kulit kemerahan Gerakan aktif Isapan ASI kuat

	Perdarahan 10 cc Kandung kemih kosong	Tali pusat tidak berdarah Tidak ada kejang BAB/BAK: -/1
10.00 wita	TD: 130/100 mmHg N: 88 x/menit S: 36,8°C TFU 2 jari bawah pusat Kontraksi uterus baik Perdarahan 5 cc Kandung kemih kosong	RR: 40 x/ menit S: 36,2°C Warna kulit kemerahan Gerakan aktif Isapan ASI kuat Tali pusat tidak berdarah Tidak ada kejang BAB/BAK: -/-
10.15 wita	TD: 140/100 mmHg N: 76 x/menit S: 36,8°C TFU 2 jari bawah pusat Kontraksi uterus baik Perdarahan 5 cc Kandung kemih kosong	RR: 40 x/ menit S: 36,2°C Warna kulit kemerahan Gerakan aktif Isapan ASI kuat Tali pusat tidak berdarah Tidak ada kejang BAB/BAK: -/-
10.45 wita	TD: 150/100 mmHg N: 76 x/menit S: 36,5°C TFU 2 jari bawah pusat Kontraksi uterus baik Perdarahan 5 cc	RR: 40 x/ menit S: 37,1°C Warna kulit kemerahan Gerakan aktif Isapan ASI kuat Tali pusat tidak berdarah

	Kandung kemih kosong	Tidak ada kejang BAB/BAK: -/-
11.15 wita	TD: 160/100 mmHg N: 76 x/menit S: 36,5°C TFU 2 jari bawah pusat Kontraksi uterus baik Perdarahan 5 cc Kandung kemih kosong	RR: 40 x/ menit S: 37,1°C Warna kulit kemerahan Gerakan aktif Isapan ASI kuat Tali pusat tidak berdarah Tidak ada kejang BAB/BAK: -/-

Pukul 10.45 wita dilakukan pemeriksaan fisik bayi:

BB: 3200 gram, PB: 48 cm, LK: 30 cm, LD: 32 cm, LP: 31 cm.

Diberikan salep mata dan Neo-K di paha kiri

Pukul 11.15 wita Dilakukan pengukuran tekanan darah pada ibu, hasilnya TD: 160/100mmHg.

Berkonsultasi dengan dokter, dokter menyarankan untuk dilakukan pemasangan infuse RL dengan tetesan 20tpm.

Menjelaskan pada ibu dan keluarga tentang kondisi tekanan darah ibu yang tinggi sehingga perlu dilakukan pemasangan infuse.

Melakukan pemasangan infuse RL flash I dengan tetesan 20tpm.

Mengobservasi tekanan darah ibu setiap 30menit.

Pukul 11.45 TD: 150/100mmHg.

Berkonsultasi dengan dokter. Dokter menyarankan pemberian Nifedipine 5mg per oral.

Melayani Nifedipine 5mg per oral sesuai saran dokter.

Mengobservasi tekanan darah ibu.

Memberikan suntikan imunisasi HB0 di paha kanan bayi.

Pukul 12.15 wita TD: 130/80mmHg.

Menganjurkan ibu untuk makan, minum, dan beristirahat.

Mengobservasi tekanan darah 1 jam kemudian agar ibu dapat dipindahkan ke ruang nifas.

Pukul 13.15 wita TD: 130/90mmHg.

Infuse dalam keadaan lancar.

Memindahkan ibu ke ruang nifas.

Tgl Jam	CATATAN PERKEMBANGAN
20-08-2017 13.15 wita	<p>S: ibu mengatakan telah melahirkan anaknya yang ke-2, dan mengeluh nyeri pada perut.</p> <p>O:</p> <p>pemeriksaan umum</p> <p>Keadaan umum baik, kesadaran composmentis</p> <p>TTV:</p> <p>TD: 130/90 mmHg</p> <p>S: 37,1°C</p>

	<p>N: 72 x/ menit</p> <p>RR: 19 x/ menit</p> <p>Pemeriksaan fisik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mata: Inspeksi: kelopak mata tidak oedema, penglihatan normal, konjungtiva merah muda, sclera putih, oedema tidak ada. • Dada: Inspeksi: bentuk simetris Palpasi: tidak ada nyeri tekan, ASI banyak • Abdomen Inspeksi: tidak ada luka bekas operasi Palpasi: TFU 2 jari bawah pusat • Vulva/ vagina: ada luka perineum • Ekstremitas: tidak ada oedema dan tidak ada varises <p>A: PII A0 AHII post partum 4 jam</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • memberikan ibu terapi Amoxilin = 1x 500 mg Paracetamol= 1x 500 mg Sulfat Ferosus= 1x 200 mg Vit. A= 1x 200.000 IU Vit. C= 1x 50 mg
18.00 wita	<p>S: ibu mengatakan nyeri perut bagian bawah dan terasa nyeri pada luka jahitan.</p>

O: pemeriksaan umum

Keadaan umum baik, kesadaran composmentis

TTV:

TD: 120/80 mmHg

S: 37,1°C

N: 80 x/ menit

RR: 18 x/ menit

Pemeriksaan fisik:

- Mata:

Inspeksi: kelopak mata tidak oedema, penglihatan normal, konjungtiva merah muda, sclera putih, oedema tidak ada.

- Dada:

Inspeksi: bentuk simetris

Palpasi: tidak ada nyeri tekan, ASI banyak

- Abdomen

Inspeksi: tidak ada luka bekas operasi

Palpasi: TFU 2 jari bawah pusat

- Vulva/ vagina ada luka perineum

- Ekstremitas: tidak ada oedema dan tidak ada varises

A: PV A0 AHV post partum 9 jam

P:

- Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, yaitu dengan cara mengajarkan pada ibu cara cebo yang benar dari vulva ke anus, dan

	<p>melakukan vulva higiene setiap selesai BAB/ BAK</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI sesering mungkin pada bayinya yaitu setiap dua jam. • Memberikan ibu makan (bubur+ sawi 1 piring) dan minum air 1 gelas • Menganjurkan ibu untuk minum obat sesuai dosis <p>Amoxilin = 1x 500 mg</p> <p>Paracetamol= 1x 500 mg</p> <p>Sulfat Ferosus= 1x 200 mg</p> <p>Vit. C= 1x 50 mg</p>
21.35 wita	<p>Ibu mengatakan infuse tidak jalan lancar.</p> <p>Tindakan: memperbaiki infuse. Tetapi tidak berhasil.</p>
21.40 wita	AFF infuse
22.00 wita	<p>Melakukan pengukuran TD.</p> <p>Hasil: TD: 180/140mmHg</p>
22.15 wita	<p>Melakukan pengukuran TD.</p> <p>Hasil: TD: 200/120mmHg.</p>
22.30 wita	<p>Konsultasikan ke dokter, saran dokter: melakukan pemasangan infuse, memberikan nifedipine 10mg per oral, observasi TD, jika 30 menit setelah pemberian nifedipine dan pemasangan infuse TD ibu masih tinggi dan ada oedema pada kaki maka diberikan MgSO₄</p>
23.00 wita	<p>Memberitahukan pada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu.</p> <p>Melayani nifedipine 10mg per oral.</p> <p>Melakukan pemasangan infuse RL 500 ml dengan tetesan</p>

	<p>20tpm.</p> <p>Melakukan pengukuran TD.</p> <p>Hasil: TD: 130/70mmHg</p> <p>Menganjurkan ibu untuk beristirahat.</p>
<p>21-08-2017</p> <p>06.00 wita</p>	<p>S: ibu mengatakan tidak ada keluhan</p> <p>O: pemeriksaan umum</p> <p>Keadaan umum baik, kesadaran composmentis</p> <p>TTV:</p> <p>TD: 120/80 mmHg</p> <p>S: 36,8°C</p> <p>N: 82 x/ menit</p> <p>RR: 19 x/ menit</p> <p>Pemeriksaan fisik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mata: <p>Inspeksi: kelopak mata tidak oedema, penglihatan normal, konjungtiva merah muda, sclera putih, oedema tidak ada.</p> • Dada: <p>Inspeksi: bentuk simetris</p> <p>Palpasi: tidak ada nyeri tekan, ASI banyak</p> • Abdomen <p>Inspeksi: tidak ada luka bekas operasi</p> <p>Palpasi: TFU 2 jari bawah pusat</p> • Vulva/ vagina: ada luka perineum • Ekstremitas: tidak ada oedema dan tidak ada varises

	<p>A: PII A0 AHII post partum 21 jam</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, yaitu dengan cara mengajarkan pada ibu cara cebo yang benar dari vulva ke anus, dan melakukan vulva higiene setiap selesai BAB/ BAK • Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI sesering mungkin pada bayinya yaitu setiap dua jam. • Memberikan ibu makan (nasi+ sawi 1 piring) dan minum air 1 gelas • Menganjurkan ibu untuk minum obat sesuai dosis <ul style="list-style-type: none"> Amoxilin = 1x 500 mg Paracetamol= 1x 500 mg Sulfat Ferosus= 1x 200 mg Vit. C= 1x 50 mg • Mengikuti visite dokter, <p>Dokter: istirahat yang cukup, tingkatkan pemberian ASI kepada bayi, pantau TD ibu setiap 1 jam dan pasien belum boleh pulang.</p>
08.00 wita	
09.00 wita	TD: 120/80 mmHg
10.00 wita	TD: 110/80 mmHg
11.00 wita	TD: 130/110 mmHg
12.00 wita	<p>S: ibu mengatakan tidak ada keluhan</p> <p>O: pemeriksaan umum</p> <p>Keadaan umum baik, kesadaran composmentis</p>

	<p>TTV:</p> <p>TD: 140/100 mmHg</p> <p>S: 36,4°C</p> <p>N: 76 x/ menit</p> <p>RR: 19 x/ menit</p> <p>Pemeriksaan fisik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mata: Inspeksi: kelopak mata tidak oedema, penglihatan normal, konjungtiva merah muda, sclera putih, oedema tidak ada. • Dada: Inspeksi: bentuk simetris Palpasi: tidak ada nyeri tekan, ASI banyak • Abdomen Inspeksi: tidak ada luka bekas operasi Palpasi: TFU 3 jari bawah pusat • Vulva/ vagina: ada luka perineum • Ekstremitas: tidak ada oedema dan tidak ada varises <p>A: PII A0 AHII post partum 1 hari</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, yaitu dengan cara mengajarkan pada ibu cara cebo yang benar dari vulva ke anus, dan melakukan vulva hygiene setiap selesai BAB/ BAK • Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI sesering
--	--

	<p>• mungkin pada bayinya yaitu setiap dua jam.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan ibu makan (nasi+ kangkung 1 piring) dan minum air 1 gelas • Memberitahukan kepada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu sehingga ibu belum boleh pulang karena masih diperlukan observasi lebih lanjut. • Menganjurkan ibu untuk minum obat sesuai dosis <ul style="list-style-type: none"> Amoxilin = 1x 500 mg Paracetamol= 1x 500 mg Sulfat Ferosus= 1x 200 mg Vit. C= 1x 50 mg <p>Melayani nifedipine 5mg per oral sesuai saran dokter.</p> <p>Melakukan pemantauan tekanan darah ibu setiap 1 jam.</p>
13.00 wita	TD: 130/100 mmHg
14.00 wita	TD: 130/70 mmHg
15.00 wita	TD: 130/100 mmHg
18.00 wita	<p>S: ibu mengatakan tidak ada keluhan</p> <p>O: pemeriksaan umum</p> <p>Keadaan umum baik, kesadaran composmentis</p> <p>TTV:</p> <p>TD: 130/90 mmHg</p> <p>S: 36,8°C</p> <p>N: 82 x/ menit</p> <p>RR: 19 x/ menit</p> <p>Pemeriksaan fisik:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Mata: Inspeksi: kelopak mata tidak oedema, penglihatan normal, konjungtiva merah muda, sclera putih, oedema tidak ada. • Dada: Inspeksi: bentuk simetris Palpasi: tidak ada nyeri tekan, ASI banyak • Abdomen Inspeksi: tidak ada luka bekas operasi Palpasi: TFU 3 jari bawah pusat • Vulva/ vagina: ada luka perineum • Ekstremitas: tidak ada oedema dan tidak ada varises <p>A: PII A0 AHII post partum 1 hari</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, yaitu dengan cara mengajarkan pada ibu cara cebo yang benar dari vulva ke anus, dan melakukan vulva hygiene setiap selesai BAB/ BAK • Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI sesering mungkin pada bayinya yaitu setiap dua jam. • Memberikan ibu makan (nasi+ tahu 1 piring) dan minum air 1 gelas • Menganjurkan ibu untuk minum obat sesuai dosis Amoxilin = 1x 500 mg Paracetamol= 1x 500 mg
--	---

<p>22-09-2017</p> <p>06.00 wita</p>	<p>Sulfat Ferosus= 1x 200 mg</p> <p>Vit. C= 1x 50 mg</p> <p>Nifedipine 1x 5mg</p> <p>S: ibu mengatakan tidak ada keluhan</p> <p>O: pemeriksaan umum</p> <p>Keadaan umum baik, kesadaran composmentis</p> <p>TTV:</p> <p>TD: 130/90 mmHg</p> <p>S: 36,8°C</p> <p>N: 82 x/ menit</p> <p>RR: 18 x/ menit</p> <p>Pemeriksaan fisik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mata: <p>Inspeksi: kelopak mata tidak oedema, penglihatan normal, konjungtiva merah muda, sclera putih, oedema tidak ada.</p> • Dada: <p>Inspeksi: bentuk simetris</p> <p>Palpasi: tidak ada nyeri tekan, ASI banyak</p> • Abdomen <p>Inspeksi: tidak ada luka bekas operasi</p> <p>Palpasi: TFU 3 jari bawah pusat</p> • Vulva/ vagina: ada luka perineum • Ekstremitas: tidak ada oedema dan tidak ada varises
-------------------------------------	---

13.00 wita	<p>A: PII A0 AHII post partum 1 hari</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, yaitu dengan cara mengajarkan pada ibu cara cebo yang benar dari vulva ke anus, dan melakukan vulva higiene setiap selesai BAB/ BAK • Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI sesering mungkin pada bayinya yaitu setiap dua jam. • Memberikan ibu makan (nasi+ sawi 1 piring) dan minum air 1 gelas • Menganjurkan ibu untuk minum obat sesuai dosis <p>Amoxilin = 1x 500 mg</p> <p>Paracetamol = 1x 500 mg</p> <p>Sulfat Ferosus= 1x 200 mg</p> <p>Vit. C= 1x 50 mg</p> <p>Nifedipine 1x 5mg</p> <p>S: ibu mengatakan tidak ada keluhan</p> <p>O: pemeriksaan umum</p> <p>Keadaan umum baik, kesadaran composmentis</p> <p>TTV:</p> <p>TD: 130/80 mmHg</p> <p>S: 36,8°C</p> <p>N: 80 x/ menit</p> <p>RR: 18 x/ menit</p> <p>Pemeriksaan fisik:</p>
------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Mata: Inspeksi: kelopak mata tidak oedema, penglihatan normal, konjungtiva merah muda, sclera putih, oedema tidak ada. • Dada: Inspeksi: bentuk simetris Palpasi: tidak ada nyeri tekan, ASI banyak • Abdomen Inspeksi: tidak ada luka bekas operasi Palpasi: TFU 3 jari bawah pusat • Vulva/ vagina: ada luka perineum • Ekstremitas: tidak ada oedema dan tidak ada varises <p>A: PII A0 AHII post partum 2 hari</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, yaitu dengan cara mengajarkan pada ibu cara cebo yang benar dari vulva ke anus, dan melakukan vulva hygiene setiap selesai BAB/ BAK • Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI sesering mungkin pada bayinya yaitu setiap dua jam. • Memberikan ibu makan (nasi+ tahu 1 piring) dan minum air 1 gelas • Menganjurkan ibu untuk minum obat sesuai dosis Amoxilin = 1x 500 mg Paracetamol= 1x 500 mg
--	---

14.00 wita	<p>Sulfat Ferosus= 1x 200 mg</p> <p>Vit. C= 1x 50 mg</p> <p>Nifedipine 1x 5mg</p> <p>Mengikuti visite dokter.</p> <p>Dokter mengatakan pasien sudah boleh pulang tetapi tetap melanjutkan terapi nifedipine di rumah dan melakukan control tekanan darah di puskesmas pada hari berikutnya.</p> <p>Instruksi dokter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan KIE sebelum ibu pulang: <ul style="list-style-type: none"> C. Memberikan ASI eksklusif pada bayi D. Istirahat yang cukup E. Menginformasikan pada ibu mengenai tanda bahaya masa nifas F. Makan makanan yang bergizi seimbang G. Menganjurkan ibu untuk minum obat secara teratur sesuai dosis yaitu <p>Amoxilin = 1x 500 mg</p> <p>Paracetamol= 1x 500 mg</p> <p>Sulfat Ferosus= 1x 200 mg</p> <p>Vit. C= 1x 50 mg</p> <p>Nifedipine = 1x 5mg</p> <ul style="list-style-type: none"> H. Memotivasi ibu untuk mengikuti KB I. Menjelaskan pada ibu tanda bahaya
------------	--

17.30 wita	<p>pada bayi</p> <p>J. Menganjurkan ibu untuk mengikuti posyandu untuk timbang berat badan bayi, mengikuti jadwal imunisasi</p> <p>K. Menganjurkan ibu jika bayinya sakit segera dibawah ke puskesmas atau fasilitas kesehatan lainnya</p> <p>L. Menginformasikan pada ibu mengenai jadwal kunjungan ulang tanggal 25-08-2017</p> <p>Ibu pulang ke rumah.</p>
------------	---

KUNJUNGAN RUMAH

<div>Hari/ Tanggal</div> <div>Jam</div>	SOAP	Paraf
Rabu, 23-08-2017 Jam: 08.30 wita	<p>S: ibu mengatakan tidak ada keluhan, masih ada pengeluaran sedikit darah dari jalan lahir berwarna merah segar, BAB: 1 kali, BAK: 3 kali, serta isapan bayi kuat.</p> <p>O: pemeriksaan umum</p> <p>Keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis</p>	

09.30 wita	<p>TTV:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD:120/90 mmHg - S: 36°C - RR: 20 x/ menit - N: 80x/ menit <p>Pemeriksaan fisik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mata: Inspeksi: kelopak mata tidak oedema, penglihatan normal, konjungtiva merah muda, sclera putih, oedema tidak ada. • Dada: Inspeksi: bentuk simetris Palpasi: tidak ada nyeri tekan, ASI banyak • Abdomen Inspeksi: tidak ada luka bekas operasi Palpasi: TFU 3 jari bawah pusat • Vulva/ vagina: ada luka perineum • Ekstremitas: tidak ada oedema dan tidak ada varises <p>A: PII Ao AHII postpartum hari ke 3</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan - Menganjurkan ibu untuk mengonsumsi 	
------------	---	--

	<p>makanan bergizi seimbang, seperti nasi, sayuran hijau, kacang-kacangan, tahu, tempe, daging, buah, dan minum air yang banyak</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan ibu untuk minum obat yang benar, yaitu: <p>Amoxilin diminum tiga kali satu hari, setelah makan. Menggunakan air putih. SF diminum satu kali satu hari, diminum bersamaan dengan vitamin C, air jeruk. Paracetamol, diminum 3 kali sehari, diminum setelah makan, menggunakan air putih. Vitamin C diminum satu kali satu hari, setelah makan, bersamaan dengan SF, menggunakan air putih. Nifedipine, diminum 2 kali sehari setelah makan, menggunakan air putih.</p> - Mengajarkan ibu untuk istirahat yang cukup, tidur siang 1-2 jam (13.00-14.00 wita) jam/ hari, malam 7-8 jam/ hari (21.00-07.00 wita) - Mengajarkan ibu untuk menyusui bayi yang baik dan benar: <ul style="list-style-type: none"> • Bayi harus mencakup putting dan aereola ibu dengan mulut terbuka 	
--	--	--

	<p>lebar, hidung bayi harus sejajar dengan putting susu ibu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu menyangga kepala dan leher bayi dengan lembut dengan meletakkan tangannya pada tulang oksipital bayi, dan membuat kepala bayi bergerak ke belakang pada posisi seperti mencium bunga • Payudara harus benar-benar memenuhi mulut bayi • Memandikan bayi, merawat tali pusat. 	
<p>Kamis, 24-08-2017</p> <p>Jam: 15.00 wita</p>	<p>S: ibu mengatakan tidak ada keluhan, pengeluaran darah dari jalan lahir sudah berkurang, berwarna merah kecoklatan</p> <p>O: keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis</p> <p>TTV:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD:130/90 mmHg - S: 36,4°C - RR: 18 x/ menit - N: 79x/ menit <p>Pemeriksaan fisik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mata: 	

16.30 wita	<p>Inspeksi: kelopak mata tidak oedema, penglihatan normal, konjungtiva merah muda, sclera putih, oedema tidak ada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dada: Inspeksi: bentuk simetris Palpasi: tidak ada nyeri tekan, ASI banyak • Abdomen Inspeksi: tidak ada luka bekas operasi Palpasi: TFU 1/2 pusat-symphisis • Vulva/ vagina: luka sudah mulai mengering, tidak terasa nyeri • Ekstremitas: tidak ada oedema dan tidak ada varises <p>A: PII Ao AHII postpartum hari ke 4</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan - Menganjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan bergizi seimbang, seperti nasi, sayuran hijau, kacang-kacangan, tahu, tempe, daging, buah, dan minum air yang banyak - Mengajarkan ibu untuk minum obat yang benar, yaitu: 	
------------	---	--

	<p>Amoxilin diminum tiga kali satu hari, setelah makan. Menggunakan air putih.</p> <p>SF diminum satu kali satu hari, diminum bersamaan dengan vitamin C, air jeruk.</p> <p>Paracetamol, diminum 3 hari sehari, diminum setelah makan, menggunakan air putih. Vitamin C diminum satu kali satu hari, setelah makan, bersamaan dengan SF, menggunakan air putih.</p> <p>Nifedipine, diminum 2 kali sehari setelah makan, diminum menggunakan air putih.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup, tidur siang 1-2 jam (13.00-14.00 wita) jam/ hari, malam 7-8 jam/ hari (21.00-07.00 wita) - Mengajarkan ibu untuk menyusui bayi yang baik dan benar: <ul style="list-style-type: none"> • Bayi harus mencakup puting dan aereola ibu dengan mulut terbuka lebar, hidung bayi harus sejajar dengan puting susu ibu • Ibu menyangga kepala dan leher bayi dengan lembut dengan meletakkan tangannya pada tulang oksipital bayi, dan 	
--	--	--

	<p>membuat kepala bayi bergerak ke belakang pada posisi seperti mencium bunga</p> <ul style="list-style-type: none"> • Payudara harus benar-benar memenuhi mulut bayi <p>- Memandikan bayi, merawat tali pusat.</p>	
<p>Jumat, 24-08-2017</p> <p>Jam: 08.00 wita</p>	<p>S: ibu mengatakan tidak ada keluhan, pengeluaran darah dari jalan lahir sudah berkurang, berwarna merah kecoklatan</p> <p>O: keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis</p> <p>TTV:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD:120/80 mmHg - S: 37,2°C - RR: 18 x/ menit - N: 74x/ menit <p>Pemeriksaan fisik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mata: Inspeksi: kelopak mata tidak oedema, penglihatan normal, konjungtiva merah muda, sclera putih, oedema tidak ada. • Dada: Inspeksi: bentuk simetris Palpasi: tidak ada nyeri tekan, ASI banyak 	

09.30 wita	<ul style="list-style-type: none"> • Abdomen Inspeksi: tidak ada luka bekas operasi Palpasi: 1/2 pusat-sympsis • Vulva/ vagina: luka sudah mulai mengering, tidak terasa nyeri • Ekstremitas: tidak ada oedema dan tidak ada varises <p>A: PII Ao AHII postpartum hari ke 5</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan - Menganjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan bergizi seimbang, seperti nasi, sayuran hijau, kacang-kacangan, tahu, tempe, daging, buah, dan minum air yang banyak - Mengajarkan ibu untuk minum obat yang benar, yaitu: Amoxilin diminum tiga kali satu hari, setelah makan. Menggunakan air putih. SF diminum satu kali satu hari, diminum bersamaan dengan vitamin C, air jeruk. Paracetamol, diminum 3 hari sehari, diminum setelah makan, menggunakan air putih. Vitamin C diminum satu kali 	
------------	--	--

	<p>satu hari, setelah makan, bersamaan dengan SF, menggunakan air putih. Nifedipine, diminum 2 kali sehari setelah makan, diminum menggunakan air putih.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup, tidur siang 1-2 jam (13.00-14.00 wita) jam/ hari, malam 7-8 jam/ hari (21.00-07.00 wita) - Mengajarkan ibu untuk menyusui bayi yang baik dan benar: <ul style="list-style-type: none"> • Bayi harus mencakup putting dan aereola ibu dengan mulut terbuka lebar, hidung bayi harus sejajar dengan putting susu ibu • Ibu menyangga kepala dan leher bayi dengan lembut dengan meletakkan tangannya pada tulang oksipital bayi, dan membuat kepala bayi bergerak ke belakang pada posisi seperti mencium bunga • Payudara harus benar-benar memenuhi mulut bayi - Memandikan bayi, merawat tali pusat. 	
--	---	--

BAB V

PEMBAHASAN

Berikut ini akan dibahas tentang kesenjangan antara konsep dasar teori dan penerapan manajemen kebidanan pada Ny. D. R, 20 tahun G2 P1 A0 AH1, ibu bersalin dengan persalinan normal di Puskesmas Poned Sikumana pada tanggal 20-08-2017. Pembahasan ini disusun dengan pendekatan manajemen kebidanan yang terdiri dari 7 langkah varney:

1. Pengkajian data

A. Data subjektif

Riwayat kesehatan, merupakan identifikasi keluhan sekarang, penyakit umum yang pernah diderita, serta penyakit yang dialami saat masa sebelum kehamilan maupun saat kehamilan.

(a) Umur

Umur saat melahirkan. Umur ibu yang paling baik untuk melahirkan adalah berkisar 20-35 tahun, makin jauh umur ibu dan rentang waktu tersebut makin besar resiko bagi ibu maupun anaknya. Penelitian menunjukkan angka kematian dan kesakitan ibu akan tinggi bila melahirkan terlalu muda atau terlalu tua yaitu usia di bawah 20 tahun dan di atas 35 tahun. Pada umur ibu yang masih muda perkembangan organ-organ reproduksi dan

fungsi fisiologis belum optimal serta belum tercapai emosi dan kejiwaan yang cukup matang yang akhirnya akan mempengaruhi janin yang dikandungnya. Pada usai yang terlalu tua akan banyak merugikan perkembangan janin selama periode dalam kandungan, oleh karena penurunan fungsi fisiologik dan reproduksinya (Depkes, 2007). Berdasarkan teori ibu masih dikategorikan umur dengan batas normal untuk dapat melahirkan, yaitu 20 tahun.

(b) Kebiasaan yang meningkatkan kesehatan

Informasi tentang pola hidup sehat klien akan bermanfaat untuk mengidentifikasi bidang pendidikan kesehatan yang dibutuhkan. Misalnya: merokok, wanita yang merokok pada masa kehamilan pertama dan melahirkan bayi sehat mungkin tidak percaya bahwa merokok membawa risiko kelainan pada janin. Alkohol, masalah signifikan yang ditimbulkan oleh anak-anak yang mengalami sindrom alkohol janin dan gangguan perkembangan saraf terkait alkohol membuat klinis wajib menanyakan asupan alkohol dan mengingatkan wanita efek potensial alkohol jangka panjang pada bayi yang dikandungnya. Obat terlarang dan obat rekreasional, mengidentifikasi

penggunaan obat pada masa hamil sangat penting, wanita yang menggunakan obat-obatan tidak tertolong, kecuali mereka diidentifikasi sejak awal. Kopi, salah satu bentuk narkoba tingkat rendah dengan zat kafein yang dapat menyebabkan gangguan pada janin jika mengkonsumsi secara berlebihan. Kopi juga menghambat penyerapan zat besi. Kebiasaan tersebut dapat beresiko pada keterlambatan perkembangan, retardasi atau kematian pada janin. Sesuai pengkajian ibu memiliki kebiasaan sesekali mengkonsumsi kopi, berdasarkan teori di atas akan mempengaruhi keadaan janin, namun secara realita tidak ditemukan kelainan secara fisik pada bayi tersebut.

(c) Riwayat obstetri

Adakah riwayat kehamilan atau persalinan atau abortus sebelumnya, berapa jumlah anak hidup. Ada atau tidaknya masalah-masalah pada kehamilan atau persalinan sebelumnya, sehingga bisa menentukan status kehamilan sekarang. Paritas sebelumnya juga dapat mempengaruhi respon ibu terhadap persalinan sekarang. Menurut Poedji Rochjati (2011) ibu dengan persalinan sering dan jarak yang dekat memiliki risiko pada persalinan dan HPP. Berdasarkan hasil pengkajian

tidak ditemukan kesenjangan antara jarak persalinan dekat dengan HPP.

(d) Riwayat seksual

Riwayat seksual adalah bagian dari data dasar yang lengkap karena riwayat ini mmeberi informasi medis yang penting sehingga klinis dapat lebih memahami klien, yakni mengidentifikasi riwayat penganiayaan seksual, menawarkan informasi yang dapat mengurangi kesemasan, menawarkan anjuran-anjuran untuk memperbaiki fungsi seksual, membuat rujukan apabila tercatat disfungsi seksual atau masalah emosional, dan frekuensi dapat mempengaruhi tingkat kontraksi pada kehamilan akibat pengaruh hormon prostaglandin. Tidak terdapat kesenjangan dikarenakan berdasarkan pengkajian ibu tidk melakukan hubungan seksual selama kehamilan.

B. Pemeriksaan fisik

(a)Vulva: keadaan perineum, lihatlah varises, tanda chadwick, condylomata, flour. Varises pada vulva menyebabkan vasodilatasi yang dapat menimbulkan perdarahan post partum. flour yang berlebihan dapat mengganggu proses persalinan dan menyebabkan ketidaknyamanan, sering terjadi infeksi dan menghambat persalinan. Jika adanya

oedema tidak dilakukan persalinan normal dikarenakan risiko laserasi pada jalan lahir. Berdasarkan teori, tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan hasil pengkajian.

C. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan hemoglobin, untuk menetapkan kadar hemoglobin dalam darah, normalnya pada kehamilan > 11 gr/dl. Kadar hemoglobin < 11 gr/dl risiko HPP. Identifikasi pemeriksaan protein, membantu menegaskan diagnosa selanjutnya jika ditemui pemeriksaan fisik yang mendukung, jika positif risiko pre-eklamsia. Berdasarkan hasil pemeriksaan kadar Hemoglobin 8,0 gr%, ibu mengalami anemia ringan, sesuai dengan teori mengenai kebiasaan sering mengkonsumsi kopi menghambat penyerapan zat besi.

2. Analisa masalah

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masih berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Menurut Kemenkes RI (2013), diagnosa persalinan normal ditegakkan dengan hasil yang ditemukan yaitu usia kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), persalinan terjadi spontan, presentasi belakang kepala, berlangsung tidak lebih dari 18 jam, tidak ada komplikasi pada ibu dan janin, pada persalinan normal ada

beberapa fase yakni kala I dibagi menjadi 2: fase laten, pembukaan serviks 1-3 cm, sekitar 8 jam, dan fase aktif pembukaan serviks 4-10 cm, sekitar 6 jam. Kala II pembukaan lengkap sampai bayi lahir, 1 jam pada primigravida, 2 jam pada multigravida. Kala III segera setelah bayi lahir sampai plasenta lahir lengkap, sekitar 30 menit, dan kala IV segera setelah lahirnya plasenta hingga 2 jam post-partum.

Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny. D.R ditemukan, ibu mengatakan hamil anak ke-2, tidak pernah keguguran, pergerakan janin masih dirasakan dalam 24 jam terakhir sebanyak 8 kali, ibu mengatakan merasa nyeri pada pinggang menjalar ke perut bagian bawah sejak pukul 05.00 wita, dan keluar lendir darah dari jalan lahir sejak siang pukul 06.00 wita, dengan hasil pemeriksaan yaitu kesadaran composmentis, TTV dalam batas normal, ada pengeluaran lender dan darah dari jalan lahir, vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tebal lunak, pembukaan 4-5 cm, kantong ketuban positif, bagian terendah kepala, posisi UUK kanan depan, molase tidak ada, turun hodge II. Berdasarkan HPHT 20-11-2015 menunjukkan umur kehamilan ibu 39 minggu. Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus dalam penentuan diagnosa.

3. Antisipasi masalah potensial

Langkah ini berdasarkan diagnosis atau masalah yang sudah diidentifikasi. Bidan dituntut untuk mampu mengidentifikasi masalah potensial serta merumuskan tindakan antisipasi masalah potensial atau diagnosis potensial (Widia, 2015). Selain itu, mampu

mengantisipasi masalah potensial tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi, tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosis tidak terjadi sehingga langkah ini benar merupakan langkah yang bersifat antisipasi yang rasional/logis. Kaji ulang diagnosis atau masalah potensial yang diidentifikasi apakah sudah tepat (Ummi, 2010).

Menurut Yuli (2006), persalinan dengan ibu yang pernah melahirkan lebih dari 4 dan jarak kehamilan yang dekat (< 2 tahun) ada faktor risiko obstetri. Menurut yang dijelaskan dalam buku Obstetri Williams edisi 21, paritas mempengaruhi insidensi diabetes, gangguan persalinan, dan seksio sesarea. Menurut penelitian Agustina tahun 2005 di RSUD Dr. Soetomo Surabaya (dikutip dari Ratih, 2010) menyebutkan bahwa wanita yang telah melahirkan lebih dari tiga kali atau multipara mempunyai risiko 4 kali lebih besar mengalami persalinan preterm bila dibandingkan dengan paritas yang kurang dari tiga. Selain itu, beberapa kejadian patologis seperti pre-eklamsia, perdarahan antenatal sampai atonia uteri, dan terjadi partus lama, ini dikarenakan ibu yang lebih dari satu kali mengalami kehamilan dan persalinan fungsi reproduksi telah mengalami penurunan (Ratih, 2010). Selain itu, jarak kehamilan terlalu dekat (< 2 tahun), menurut BKKBN, jarak kehamilan yang paling tepat adalah 2 tahun atau lebih. Jarak kehamilan yang pendek akan mengakibatkan belum pulihnya kondisi tubuh ini setelah melahirkan. Sehingga meningkatkan risiko kelemahan, partus lama, menyebabkan anemia, dan kematian ibu.

Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny. D.R, umur kehamilan telah aterm yakni 39 minggu, hasil TTV dan pemeriksaan tidak menunjukkan tanda-tanda pre-eklamsia. Diharapkan petugas kesehatan dapat waspada dengan diagnosa dan masalah potensial benar-benar terjadi. Pada tahap ini, penulis menemukan bahwa persalinan pada ibu multipara yang terjadi tidak selamanya mengalami kejadian patologi sesuai teori.

4. Tindakan segera

Berdasarkan skor Poedji Rochjati, skor kehamilan dibagi 3 kelompok, yaitu kehamilan risiko rendah (jumlah skor 2), kehamilan risiko tinggi (jumlah skor 6-10), dan kehamilan risiko sangat tinggi (jumlah skor ≥ 12). Menurut Buku Saku Pelayanan kesehatan ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan (2013), menunjukkan bahwa ibu dengan kehamilan > 5 kali, dipasang infus intravena, memberikan rehidrasi atau cairan pengganti, dikarenakan risiko perdarahan pasca persalinan.

Pada kasus Ny. D. R, ditemukan dalam pengkajian ibu memiliki jarak kehamilan terlalu dekat dengan persalinan sebelumnya, yaitu 1 tahun 7 bulan (skor 4), sehingga jika dijumlahkan skor untuk kasus Ny. D.R yaitu 6, ibu termasuk dalam golongan kehamilan risiko tinggi. Untuk pencegahan terjadi perdarahan dan kehilangan cairan pasca partum, maka tindakan segera dilakukan infus RL 500 cc dengan 20 tetesan/menit.

5. Perencanaan

Pada langkah ini, direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan berdasarkan langkah-langkah sebelumnya. Pada pasien inpartu dengan kehamilan risiko tinggi (jarak kehamilan yang dekat) perlu diwaspadai karena semakin lama uterus semakin lemah sehingga memungkinkan untuk terjadinya persalinan lama, sebagai indikasi untuk persalinan dengan forcep dan vakum, dan juga diwaspadai adanya distosia. Tatalaksana yang baik saat lahir yaitu mendapat pelayanan neonatal esensial menurut Widia (2015) yang terdiri dari:

- 1) Pencegahan infeksi
- 2) Penilaian awal
- 3) Pencegahan kehilangan panas
- 4) Memotong dan merawat tali pusat
- 5) Pemberian ASI
- 6) Pencegahan perdarahan
- 7) Pencegahan infeksi mata
- 8) Identifikasi bayi
- 9) Pemberian imunisasi

Tatalaksana saat lahir mencakup: penilaian cukup bulan, dengan parameter bayi menangis atau bernapas, bayi bergerak aktif, dan ketuban jernih dan dilakukan manajemen bayi baru lahir normal yaitu:

- 1) Jaga kehangatan
- 2) Bersihkan jalan napas
- 3) Keringkan

- 4) Pemantauan tanda bahaya
- 5) Klem, potong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, kira-kira 2 menit setelah lahir
- 6) Lakukan Inisiasi Menyusui Dini
- 7) Beri salep mata antibiotik tetrasiklin 1% pada kedua mata
- 8) Pemeriksaan
- 9) Beri imunisasi Hepatitis 0,5 mL intramuskular, dipaha kanan anterolateral, kira-kira 1-2 jam setelah pemberian vitamin K1.

Pada bayi baru lahir dengan asfiksia, maka harus dilakukan langkah awal resusitasi dan tahapan resusitasi berikut bila diperlukan. Resusitasi diputuskan berdasarkan penilaian keadaan bayi baru lahir yaitu bila:

- 1) Air ketuban bercampur mekonium (letak kepala/ gawat janin)
- 2) Bayi tidak menagis atau tidak bernapas spontan atau bernapas megap-megap
- 3) Tonus otot bayi tidak baik/ lemas

Pada kasus Ny. D. R perencanaan yang diberikan yaitu persiapan persalinan pervaginam dengan 58 langkah APN. Pada tahap ini penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan fakta di lapangan yaitu Ny. D.R G2P1A0AH1 UK 39 minggu dengan persalinan normal diberi penyuluhan untuk langsung di rujuk ke rumah sakit dengan alat lengkap dan dibawah pengawasan dokter spesialis. Namun secara fakta yang ditemukan adalah persalinan tetap dilakukan di tingkat dasar.

6. Pelaksanaan

Pada langkah ini akan dibahas pelaksanaan asuhan yang dilakukan pada persalinan normal. Menurut teori persalinan normal yaitu proses pengeluaran buah kehamilan cukup bulan yang mencakup pengeluaran bayi, plasenta dan selaput ketuban, dengan presentasi kepala (posisi belakang kepala), dari rahim ibu melalui jalan lahir (baik jalan lahir lunak maupun kasar), dengan tenaga ibu sendiri (tidak ada intervensi dari luar) (Widia, 2015). Pada kehamilan dengan risiko tinggi dengan beberapa komplikasi yang mungkin terjadi selama persalinan kala II, ibu dianjurkan persalinan di puskesmas maupun rumah sakit untuk penanganan ibu dan bayi secara komprehensif dan dibawah pengawasan bidan dan dokter.

Pada kasus Ny. D.R penulis tidak menemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus yaitu pada persalinan dengan resiko tinggi dapat dilakukan di puskesmas dan rumah sakit dan ditolong oleh tenaga kesehatan bidan maupun dokter. Tetapi, pemantauan terjadinya komplikasi perdarahan post partum dan atonia uteri tetap dilakukan. Pelaksanaan asuhan yang dilakukan terhadap By. Ny D.R dilaksanakan sesuai dengan penatalaksanaan bayi baru lahir tanpa asfiksia yaitu pembersihan lender secukupnya, mengeringkan dengan kain kering dan hangat, memfasilitasi terjadinya kontak kulit ibu dengan kulit bayi, memfasilitasi sesegera pemberian ASI dini. Memberikan salep mata antibiotik dan perawatan tali pusat yang kering, bersih, tidak

dibubuhi apapun dan terbuka dan dilakukan pemberian suntikan HB0. Pada langkah pelaksanaan, hampir semua pelaksanaan dilakukan sesuai dengan perencanaan. Namun ada beberapa hal yang tidak sesuai dengan teori yaitu penanganan dilakukan di puskesmas dan tidak dihadapkannya dokter dalam penatalaksanaan asuhan persalinan normal

BAB VI

PENUTUP

6.1. Kesimpulan

Berdasarkan studi kasus yang telah dilakukan, maka penulis dapat menyimpulkan beberapa hal, sebagai berikut:

1. Pengkajian

Pada pengkajian data subjektif, didapatkan keluhan ibu, yaitu nyeri pinggang menjalar ke perut bagian bawah sejak dini hari tanggal 19 Agustus 2017 pukul 05.00 wita, sudah keluar lendir bercampur darah sejak pukul 06.00 wita, dan belum ada pengeluaran cairan ketuban dari jalan lahir. Pada data objektif, dilakukan pemeriksaan dan didapatkan hasil pemeriksaan, yaitu vulva dan vagina dalam keadaan normal, portio teraba tebal dan lunak, pembukaan serviks 4cm, kantong ketuban masih utuh, pada bagian terendah teraba kepala, dan kepala turun pada hodge II.

2. Analisa Data dan Diagnosa Masalah

Berdasarkan data subjektif dan data objektif, dapat ditegakkan diagnosa G2P1A0AH1 Usia Kehamilan 39 minggu, janin tunggal, hidup, intrauterine, presentasi kepala, inpartu kala I fase aktif, keadaan ibu dan janin baik. Ada masalah ketidaknyamanan yang dialami oleh ibu akibat nyeri yang dirasakan pada proses persalinan, namun dengan informasi yang diberikan tentang ketidaknyamanan fisiologis yang ibu rasakan dan juga dukungan keluarga yang ada, sehingga dapat mengurangi masalah ketidaknyamanan pada ibu.

3. Masalah potensial

Tidak terdapat masalah potensial pada kasus ini.

4. Tindakan Segera

Tidak dilakukan tindakan segera pada kasus ini.

5. Perencanaan

Sesuai dengan hasil analisa data dan diagnosa yang sudah ditegakkan, didapatkan perencanaan, yaitu: informasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman, jelaskan pentingnya makan dan minum sebelum persalinan, jelaskan pengaruh menahan kencing selama persalinan, jelaskan pentingnya tidur miring ke kiri, jelaskan pentingnya pendampingan oleh suami dan keluarga selama proses persalinan, berikan rasa aman dan semangat pada ibu, jelaskan pada ibu untuk tidak meneran sebelum pembukaan lengkap, bantu ibu untuk memilih posisi yang aman dan nyaman saat meneran, siapkan alat dan bahan sesuai SAFF, siapkan perlengkapan ibu dan bayi, observasi pembukaan serviks, penurunan kepala janin, dan tekanan darah ibu setiap 4 jam, suhu ibu setiap 2 jam, serta nadi ibu dan denyut jantung janin setiap 30 menit.

6. Pelaksanaan

Pelaksanaan sesuai dengan perencanaan.

7. Evaluasi

Telah dilakukan tindakan sesuai dengan perencanaan dan didapatkan ibu melahirkan bayi perempuan pada tanggal 20-08-

2017 pukul 09.18 wita dengan berat lahir bayi 3200 gram, panjang badan 42 cm, ibu bayi dalam keadaan normal.

6.2. Saran

6.2.1. Bagi Penulis

Penulis menyadari bahwa Laporan Tugas Akhir ini masih jauh dari sempurna, karena itu penulis membutuhkan kritik dan saran yang membangun dari para pembaca demi perbaikan Laporan Tugas Akhir ini.

6.2.2. Bagi Instansi Pelayanan Kesehatan

Agar dapat meningkatkan kualitas atau mutu pelayanan kesehatan pada masyarakat, khususnya pada ibu bersalin normal.

6.2.3. Bagi Institusi

Dengan adanya Laporan Tugas Akhir ini, diharapkan dapat digunakan sebagai literatur kepustakaan dan acuan bagi mahasiswa dan/atau peneliti selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI 2013. Riset Kesehatan Dasar RISKESDAS 2013. (Internet). Bersumber dari: <https://drive.google.com/file/d/0BxMqKGS9XxLqWHN3VFdPdEgtUmc/edit> (riskesdas 2013) (Diakses tanggal 26 April 2016)
- Kemal,dkk. 2013. Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan. (Internet). Bersumber dari: <http://www.gizikia.depkes.go.id/wp-content/uploads/downloads/2013/12/Buku-Saku-Pelayanan-Kesehatan-Ibu.pdf> (Diakses tanggal 19 April 2016).
- Cunningham, dkk. 2005. Obstetri Williams Vol. 1 Edisi 21. Penerbit Duku Kedokteran EGC: Jakarta.
- Depkes, 2016. SDGs 2016. (Internet). Bersumber dari: <http://www.depkes.go.id/pdf.php?id=16040400006> (Diakses tanggal 22 Juli 2016).
- Dewi, dkk. 2012. Asuhan Persalinan Normal. Nuha Media: Yogyakarta
- Direktorat Bina Kesehatan Ibu DITJEN Bina Gizi dan KIA Kemenkes RI. 2013. Rencana Aksi Percepatan Penurunan Angka Kematian Ibu di Indonesia. (Internet). Bersumber dari: <http://www.gizikia.depkes.go.id/wp-content/uploads/downloads/2013/12/RAN-PP-AKI-2013-2015.pdf> (Diakses, tanggal 19 April 2016).
- Hidayat, A.A. Alimul. 2009. Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data. Salemba Medika: Jakarta.
- Ilmiah, W. 2015. Buku Ajar Asuhan Persalinan Normal. Nuhamedia: Yogyakarta
- Kartikasari, Ratih. 2010. Hubungan Faktor Risiko Multiparitas dengan persalinan Preterm di RSUD Dr. Soegiri Lamongan. <https://core.ac.uk/download/files/478/16508655.pdf> (Diakses tanggal 9 Mei 2016)
- Kemenkes RI. 2014. Profil Kesehatan Indonesia 2014. (Internet). Bersumber dari: <http://www.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/profil-kesehatan-indonesia-2014.pdf> (Diakses tanggal 19 April 2016)
- Kusumawati, Y. 2006. Faktor-faktor Risiko yang Berpengaruh Terhadap Persalinan dengan Tindakan. <https://core.ac.uk/download/files/379/11715378.pdf> (Diakses tanggal 9 Mei 2016)
- Larosa, P. 2009. Perbedaan Lama Persalinan antara Primipara dengan Multipara di RSUD Dr. Moewardi Surakarta. File:///C:/Users/owner/Downloads/PUTRILAROSA204234202009.pdf (Diakses tanggal 26 April 2016)

- Mangkuji, B, dkk. 2010. Asuhan Kebidanan 7 Langkah SOAP. Penerbit Buku Kedokteran EGC: Jakarta.
- Manuaba, dkk. 2007. Pengantar Kuliah Obstetri. Penerbit Buku Kedokteran EGC: Jakarta.
- Murray, dkk. 2013. Persalinan dan Melahirkan. Penerbit Buku Kedokteran EGC: Jakarta.
- Muslihatun, dkk. 2009. Dokumentasi Kebidanan. Fitramaya: Yogyakarta
- Notoatmodjo, S. 2010. Metodologi Penelitian Kesehatan. Rineka Cipta: Jakarta.
- Nurmayanti, R. 2012. Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Kala III pada Ny. E Umur 26 Tahun G₁ P₀ A₀ Dengan Retensio Plasenta Di RSU Assalam Gemolong Sragen Tahun 2012.
- Nursalam, 2011. Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Keperawatan. Salemba Medika: Jakarta.
- Nursalam. 2013. Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan, pendekatan praktis, Ed.3. Salemba Medika: Jakarta.
- Perbidkes, 2015. Tingkat Kesadaran. Bersumber dari: www.perbidkes.com. 2015. macam-macam-tingkat-kesadaran. (Diakses tanggal 26 Juli 2016)
- Prawirohardjo, S. 2002. Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo: Jakarta
- Prawirohardjo, S. 2006. Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo: Jakarta
- Rochjati, P. 2003. Skrining Antenatal pada Ibu Hamil. Surabaya: FK UNAIR
- Sastrawinata, S. 1983. Obstetri Fisiologis. Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Pajadjaran Bandung: Bandung.
- Sastroasmoro, dkk. 2011. Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis. Sagung Seto: Jakarta.
- Shofa ilmiah, widia. 2015. Buku ajar Asuhan Persalinan Normal, Dilengkapi dengan Soal-soal Latihan. Yogyakarta: Nuha Medika
- Varney, dkk. 2007. Buku Ajar Asuhan Kebidanan. Penerbit Buku Kedokteran EGC: Jakarta.
- Walsh, L. 2007. Buku Ajar Kebidanan Komunitas. Penerbit Buku Kedokteran EGC: Jakarta.

PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu Ny. D.R Umur 20 tahun G 2 P 1 A 0

No. Puskesmas Tanggal 20-08-2017 Jam 08.00 wita

Ketuban Pecah sejak janin : _____ Mules Sejak jam : 05.00. wita (20/08/2017)

Denyut Jantung Janin

Air Ketuban Penyusupan

Pertumbuhan Serviks (cm) beraturan x

Tunai Serviks Beraturan 0

Waktu (jam)

5 4 3 2 1

5 4 3 2 1

5 4 3 2 1

Oksitosin U/L Tetes / menit

Obat dan Cairan IV

• Npd

Tekanan Darah

Suhu °C

Protein Aseton Volume

CATATAN PERSALINAN

- 1 Tanggal : 20-08-2017
- 2 Usia kehamilan : 39 minggu
- Prematur ☐ Aterm ☒ Posmatum
- 3 Letak : Kepala
- 4 Persalinan : Normal Tindakan Seksio
- 5 Nama bidan :
- 6 Tempat persalinan : ☐ Rumah Ibu ☒ Puskesmas ☐ Polindes ☐ Rumah Sakit ☐ Klinik Swasta Lainnya : ☐
- 7 Alat dan tempat persalinan : ☐
- 8 Catatan : rujuk, kala I / II / III / IV
- 9 Alasan merujuk : ... IBU/BAYI
- 10 Tempat rujukan : ☐
- 11 Pendamping pada saat merujuk : ☐ Bidan ☐ suami ☐ keluarga ☐ dukun ☐ kader ☐ lain2

KALA I

- 1 Partograf melewati garis waspada : Ya / Tidak ☒
- 2 Masalah lain : sebutkan ; ☐
- 3 Penatalaksanaan masalah tersebut : ☐
- 4 Hasilnya : ☐

KALA II

- 1 Episiotomi ☐ Ya, indikasi ☐ Tidak ☒
- 2 Pendamping pada saat persalinan : ☐ Suami ☐ dukun ☐ lain2 ☒ Keluarga ☐ kader
- 3 Gawut Janin : ☐ Ya, tindakan : ☐ Tidak ☒
- 4 Distosia bahu ☐ Ya, tindakan : ☐ Tidak ☒
- 5 Masalah lain sebutkan ☐
- 6 Penatalaksanaan masalah tersebut ☐
- 7 Hasilnya ☐

CATATAN KELAHIRAN BAYI

- 1 Jenis Kelamin : LK PR
- 2 Saat lahir : Jam 08.15 Hari 01 Tanggal 20-08
- 3 Bayi : Lahir hidup : ☒ Lahir mati : ☐
- 4 Penilaian : (Tandil V ya x tidak) ☒
- Bayi napas spontan teratur ☒
Gerakan aktif/tonus kuat ☒
Air ketuban jernih ☒
- 5 Asuhan bayi ☒
- Keringkan dan hangatkan ☒
Tali pusat bersih, tak diberi apa, terbuka ☒
Inisiasi Menyusui Dini < 1 jam ☒
Vit K 1 mg di paha kiri atas ☒
Salp mata/tetes mata ☒
- 6 Apakah Bayi di-Resusitasi? ☒ YA ☐ TIDAK
- Jika YA tindakan : ☒ Langkah awal ☐ menit ☒ ventilasi selama ☐ menit
- Hasilnya : ☒ Berhasil / ☐ Dirujuk / ☐ Gagal
- 7 Suntikan vaksin Hepatitis B di paha kanan ☒ YA ☐ TIDAK
- 8 Kapan bayi mandi : 2 jam setelah lahir
- 9 Berat Badan Bayi : 3200 Gram

KALA-III

- 1 Lama kala III : ☐
- 2 manajemen Aktif kala III : ☐
- ☐ Oksitosin 10 IU IM dalam waktu ☐
- ☐ Peregangan Tali Pusat Terkendali ☐
- ☐ Masase Fundus Uteri
- 3 Pemberian ulang Oksitosin 10 IU IM yang kedua? ☐ Ya, Alasan ☐ Tidak ☒
- 4 Plasenta lahir Lengkap (Intact) ☐ Ya ☒ Tidak
- Jika TIDAK, tindakan ☐
- 5 Plasenta tidak lahir > 30 menit ☐ YA, ☒ Tidak
- 6 Laserasi ☐ YA, ☒ Tidak
- Jika YA, dimana ☐ derajat 1 ☐
- Tindakan ☐
- 7 Atonia Uteri ☐ YA ☒ Tidak
- Jika YA tindakan ☐
- 8 Jumlah perdarahan ☐

Gunakan catatan kasus untuk mencatat tindakan

PEMANTAUAN IBU : Tiap 15' menit pada jam pertama, tiap 30' menit jam kedua

WAKTU	TENSI	NADI	SUKU	FUNDUS UTERI	KONTRAKSI	PERDARAHAN	KANDUNG KEMIH
09.30	120/90	88	36.2	Bahan b. Pesar	Berat	10 cc	Uang
09.45	130/100	88		Bahan b. Pesar	Berat	10 cc	Uang
10.00	130/100	88		Bahan b. Pesar	Berat	5 cc	Uang
10.15	140/100	76		Bahan b. Pesar	Berat	5 cc	Uang
10.45	150/100	76		Bahan b. Pesar	Berat	5 cc	Uang
11.15	160/100	76		Bahan b. Pesar	Berat	5 cc	Uang

PEMANTAUAN BAYI : Tiap 15' menit pada jam pertama, tiap 30' menit jam kedua

WAKTU	PERNAPASAN	SUKU	WAKTU KUT	GERAKAN	ISAPAN ASI	TALI PUSAT	KEJANG	BAB
09.30	44	36.2	Kemerahan	aktif	kuat	Tali pusat bersih	Tali	1x
09.45	44		Kemerahan	aktif	kuat	Tali pusat bersih	Tali	-
10.00	40		Kemerahan	aktif	kuat	Tali pusat bersih	Tali	-
10.15	40		Kemerahan	aktif	kuat	Tali pusat bersih	Tali	-
10.45	40	37.1	Kemerahan	aktif	kuat	Tali pusat bersih	Tali	-
11.15	40		Kemerahan	aktif	kuat	Tali pusat bersih	Tali	-

Tanda bahaya : ☐ Ibu..... ☐ Bayi.....

Tindakan (jelaskan dicatat kasus)

☐ Dirujuk ☒ Tidak dirujuk

Tanda tangan



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI
KUPANG

PROGRAM STUDI KEBIDANAN
Jl. Manafe No. 17 Kayu Putih Kupang

LEMBAR KONSULTASI LAPORAN STUDI KASUS

NAMA : FRIDA SINLAE
NIM : 1421110151
PEMBIMBING : HIRONIMA N. FITRI, S.ST., M.KEB.

Tari/Tanggal	Materi Bimbingan	Catatan Pembimbing	Paraf
2 Maret 2019	Bab I - IV	Perbaiki Bab IV Tinjauan umum	<i>[Signature]</i>
1 April 2019	Bab I - IV, Perbaikan Bab IV	Perbaiki Bab I - II	<i>[Signature]</i>
05, 07 Mei 2019	Bab I - IV Perbaikan Bab I - III	Bawa lengkap	<i>[Signature]</i>
11, 08 Mei 2019		Acc	<i>[Signature]</i>



UNIVERSITAS CITRA BANGSA KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN
Jl. Manafe No. 17 Kayu Putih Kupang

LEMBAR KONSULTASI REVISI LTA

NAMA : FRIDA SINLAE
NIM : 1421110151
PENGUJI I : DINA HENUKH, S.Tr.Keb., MH.Kes.

Hari/Tanggal	Materi Revisi	Catatan	Paraf
12/10 rev.	Beh 1-v	mur	f.
13/10 rev	Beh 1-v	acc.	f.

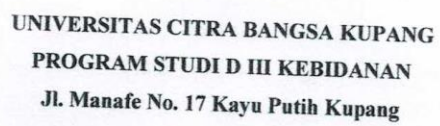


UNIVERSITAS CITRA BANGSA KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN
Jl. Manafe No. 17 Kayu Putih Kupang

LEMBAR KONSULTASI REVISI LTA

AMA : FRIDA SINLAE
M : 1421110151
NGUJI II : ANING PATTYPEILOHY, S.Tr.Keb., MH.Kes.

Tanggal	Materi Revisi	Catatan	Paraf
10-2019	Bab 1-V	revisi	
10-2019	Bab 1-V	revisi	



LEMBAR KONSULTASI REVISI LTA

NAMA : FRIDA SINLAE
NIM : 1421110151
PEMBIMBING : HIRONIMA N. FITRI, S.ST., M.Kes.

[illegible]